Aus der Nervenklinik
Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
der Universität Tübingen
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Suizidalenbetreuung – Diagnose und Therapie aus psychiatrischer Sicht

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Ulrike Breyer
aus Hahnheim

1987

UNIV.
LIBRARY
KIEL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543904_0051

Aus der Nervenklinik
Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
der Universität Tübingen
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Suizidalenbetreuung – Diagnose und Therapie aus psychiatrischer Sicht

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Ulrike Breyer
aus Hahnheim

1987

Dekan: Prof. Dr. J. Dichgans
1. Berichterstatter: Prof. Dr. H. Heimann
2. Berichterstatter: Prof. Dr. H. Henseler

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1	EINLEITUNG	1
1.1	Einführung in das Thema	1
1.2	Anliegen der Arbeit	16
2	MATERIAL UND METHODIK	18
2.1	Untersuchungsmaterial	18
2.2	Methodik	18
2.2.1	Datenerhebung	18
2.2.2	Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Datenerhebung	19
3	ERGEBNISSE	20
3.1	Gesamtzahl der Patienten mit Suizidversuch	20
3.2	Demographische Daten	22
3.2.1	Geschlechtsverteilung	22
3.2.2	Altersstruktur	22
3.2.3	Familienstand	24
3.3	Daten zum Suizidversuch	25
3.3.1	Erstversorgendes Krankenhaus	25
3.3.2	Methode des Suizidversuchs	26
3.3.2.1	Tablettenintoxikationen	27
3.3.2.2	Wahl der Methode in Abhängigkeit vom Lebensalter	29
3.3.3	Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch	30
3.4	Psychiatrische Beurteilung	31
3.4.1	Diagnosen	31
3.4.1.1	Konfliktreaktionen	34
3.4.2	Mißbrauch und Abhängigkeit	36

Seite

3.4.3 Wiederholung suizidaler Handlungen 37
3.4.3.1 Gesamtzahl 37
3.4.3.2 Vergleichende Untersuchung von Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch 38

3.5 Psychiatrische Therapie 41
3.5.1 Vorschläge des Konsiliars und Compliance 41
3.5.2 Stationäre Aufenthalte 43
3.5.3 Ambulante Nachbetreuung 47

3.6 Vollendete Suizide 48
3.6.1 Anzahl und Beschreibung der suizidierten Personen 48
3.6.2 Darstellung der einzelnen Fälle 50

4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE 54

4.1 Gesamtzahl der Suizidversuche 54
4.2 Demographische Daten der Patienten mit Suizidversuch 55
4.2.1 Geschlecht 55
4.2.2 Alter 56
4.2.3 Familienstand 58

4.3 Daten zum Suizidversuch 60
4.3.1 Erstversorgendes Krankenhaus 60
4.3.2 Methode des Suizidversuchs 60
4.3.3 Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch 63

4.4 Psychiatrische Beurteilung 64
4.4.1 Diagnostische Einteilung 64
4.4.1.1 Konfliktreaktionen 67
4.4.2 Mißbrauch und Abhängigkeit 69
4.4.3 Wiederholung suizidaler Verhaltensweisen 71
4.4.3.1 Gesamtzahl 71

Seite

4.4.3.2 Vergleichende Untersuchung von Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch 73

4.5 Psychiatrische Therapie 77

4.5.1 Stationäre Aufnahmen 77

4.5.2 Ambulante Nachbetreuung 80

4.6 Vollendete Suizide 87

5 ZUSAMMENFASSUNG 90

6 LITERATURVERZEICHNIS 95

1. EINLEITUNG

1.1 Einführung in das Thema

Zum Thema Selbstmord und Selbstmordversuch gibt es inzwischen eine große Fülle von Literatur, die sich von den verschiedensten Seiten her diesem Problem nähert: aus literarischer, philosophischer, theologischer Sicht und auch von seiten der Medizin, der Sozialwissenschaft und der Psychologie her. In dieser Arbeit geht es nicht darum, sich mit den vielfältigen, zum Teil recht widerstreitenden Auffassungen über den Ursprung des Selbstmordgeschehens näher auseinanderzusetzen, sondern sie will einen empirischen Beitrag zur Versorgung Suizidaler aus psychiatrischer Sicht leisten.
Zur Einführung in das Thema möchte ich mich deshalb auf eine kurze Darstellung der drei letztgenannten Zugangsweisen beschränken und anschließend einen Einblick in die Praxis der Suizidalennachbetreuung geben.

In der Medizin beschäftigte man sich seit Anfang dieses Jahrhunderts mit größerem Interesse mit dem Thema Selbstmord. So diskutierte z.B. die Wiener Psychoanalytische Vereinigung, die zum größten Teil aus Ärzten bestand und der auch Sigmund FREUD angehörte, im Jahre 1910 das Problem des Erwachsenen- und Schülerselbstmordes und überlegte Möglichkeiten zu dessen Verhütung.

Von dem Psychiater GAUPP erschien 1905 ein Buch mit dem Titel "Über den Selbstmord", in dem er sich mit der Bedeutung von Anlage und Umwelt für das Selbstmordgeschehen auseinandersetzte (GAUPP, 1905).
Manche Mediziner gingen soweit, das Zustandekommen eines Selbstmordes von rein genetischen Faktoren abhängig zu machen. So entscheiden z.B. nach SZONDI (1948) rezessive Gene darüber, ob sich jemand das Leben nimmt oder nicht. Die Tatsache, daß sich bei 6 bis 31 % der Selbstmordpatienten in der Familiengeschichte weitere Selbstmordhand-

lungen nachweisen lassen, scheint diese These zu unterstützen (DAHLGREN, 1945; BREMER, 1925; RINGEL, 1952; SCHNEIDER, 1954; ROEGSEGGER, 1963).

Weitere Erklärungsversuche der Selbstmordhandlung aus medizinischer Sicht sind die anatomisch-pathologischen Untersuchungen von VEITH (1960) und anderen. VEITH fand bei der Sektion von Selbstmördern zu etwa 10 % pathologische Veränderungen in ZNS, denen eine direkte oder indirekte Auslösefunktion bei der Selbstmordhandlung zugeschrieben werden könnte.

Auch Asberg et al. (1976) befaßten sich mit den biologischen Bedingungen von Selbstmordhandlungen und kamen nach einer Untersuchung des Liquors depressiver Patienten zu dem Ergebnis, daß ein niedriger 5-Hydroxy-Indolessigsäurespiegel signifikant positiv mit dem Auftreten von Selbstmordhandlungen und aggressiven Suizidmethoden korreliert war. Die Bedeutung eines veränderten Serotoninstoffwechsels für das ZNS und insbesondere für die Entstehung suizidalen Verhaltens ist jedoch noch nicht völlig geklärt. Tierexperimente weisen darauf hin, daß eine erhöhte Aggressivität mit erniedrigter Serotoninsynthese einhergeht, was die genannten Befunde erklären könnte.

Der Bonner Psychiater GRUHLE, ebenfalls dem kausalen Denken verpflichtet, untersuchte den Zusammenhang zwischen Selbstmord und Krankheit als seiner möglichen Ursache und zog aus seinen Untersuchungsbefunden den Schluß, daß psychiatrische Erkrankungen, insbesondere die Depression und der Alkoholismus, eine entscheidende Rolle bei dem Zustandekommen von Selbstmordhandlungen spielen. Psychopathie als Erklärungshintergrund für Selbstmord klammerte er dabei aus; auch ging er mit seinem Krankheitsbegriff nicht so weit, daß er Erlebnis- und Verhaltensstörungen dazurechnete (GRUHLE, 1940).

Der Gründer des Wiener Instituts "Lebensmüdenfürsorge", Erwin RINGEL, faßte ebenfalls den Selbstmord als "Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung" auf (so der

Untertitel seines 1953 erschienenen Buches), und entwickelte den Begriff des "präsuizidalen Syndroms" aufgrund seiner Beobachtungen an 745 nach Selbstmordversuch geretteten Patienten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien. All diese Patienten wiesen in ihrer Krankengeschichte dieselben Auffälligkeiten auf, die er mit den Begriffen "Einengung", "gehemmte Aggression" und "Selbstmordphantasien" beschrieb. Wegen seiner Bedeutung für die theoretische Grundlage der Selbstmordverhütung soll nun das "präsuizidale Syndrom" RINGELs näher dargestellt werden.

Zur Einengung ist zu sagen, daß sie situativ, dynamisch, zwischenmenschlich oder wertspezifisch sein kann. Situative Einengung bedeutet, daß der Betreffende sich durch schwierige äußere Lebensumstände, z.B. eine finanzielle Notlage oder den Verlust einer Arbeitsstelle, überwältigt, ohnmächtig und bedroht fühlt. Er hat das Gefühl, in eine Sackgasse geraten zu sein.
Unter dynamischer Einengung versteht RINGEL, daß sich der Betroffene emotional und affektiv in eine bestimmte Richtung gedrängt fühlt, in der Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Depression und Verzweiflung vorherrschen.
Zwischenmenschliche Einengung bezieht sich auf das Fehlen oder die Unzulänglichkeit zwischenmenschlicher Kontakte, was den Selbstmörder stets zu einer sozial isolierten Person macht, und die Einengung der Wertwelt beruht auf einer schweren Erschütterung der jeweiligen Wertvorstellungen und des Selbstwertgefühls.

Das Phänomen der gehemmten Aggression beschreibt RINGEL mit den Worten: Ein selbstmordgefährdeter Mensch ist "ein zutiefst frustrierter, von Aggressionen beherrschter Mensch, der aber nicht imstande ist, diese Aggressionen nach außen abzureagieren, und sie daher schließlich gegen die eigene Person wendet" (RINGEL, 1976 a, Seite 11).
Hemmungen, die die Entladung des Aggressionsdruckes nach außen hin verhindern, können in der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen begründet liegen, die durch ein

starres, strenges Überich geprägt ist, oder in einer gehemmten körperlichen oder psychischen Aktivität bei psychischen Erkrankungen, etwa der endogenen Depression.
Auch fehlende zwischenmenschliche Beziehungen zum Abreagieren des angestauten Aggressionspotentials und eine übersteigerte Zivilisation, die ein Entladen der Aggressionen nach außen verbietet, können nach RINGEL hierbei eine Rolle spielen.

Das dritte Merkmal des präsuizidalen Syndroms, die Selbstmordphantasien, stellen einen Rückzug aus der belastenden Realität in eine Phantasiewelt dar, in der immer wieder, zuerst willentlich, später aber auch gegen den eigenen Willen Selbstmordphantasien auftauchen, die den Selbstmord als den einzig möglichen Ausweg aus der gegenwärtigen bedrängenden Lage erscheinen lassen.

Für RINGEL hat die Entwicklung des präsuizidalen Syndroms immer Krankheitscharakter, ob sie nun im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen wie Psychose, Depression, Sucht, Psychopathie oder Neurose auftritt oder in einem bisher als "normal" zu bezeichnenden Lebenslauf. Er spricht von einer "Neurose der Lebensverunstaltung" (RINGEL, 1961) und faßt in einem sehr weit gefaßten Krankheitsbegriff jede Selbstmordhandlung als Krankheit oder Symptom einer Krankheit auf.
Diese medizinische Sichtweise ist aber nicht die einzige Erklärungsmöglichkeit für das Phänomen Selbstmord.

Auch von seiten der Sozialwissenschaften hat man sich schon sehr früh mit diesem Problem beschäftigt, wobei Emile DURKHEIM mit seiner Monographie "Der Selbstmord" (1897) die Weichen stellte. Er untersuchte die Einflüsse gesellschaftlicher Bedingtheiten auf die Selbstmordrate und kam zu dem Schluß, daß sich in der Selbstmordziffer die Gesellschaft widerspiegelt, d.h., daß die Suizidrate als Anzeiger der Psychohygiene bzw. des kritischen Zustandes einer sozialen Gemeinschaft gelten kann. DURKHEIM interessierten nicht die individuellen Faktoren, die eine

Selbstmordhandlung mitbedingen, sondern allein die gesellschaftlichen Zustände, die zu einer hohen Selbstmordrate führen. Er unterscheidet in seiner Theorie zwei gesellschaftliche Dimensionen, die zu je zwei Arten des Selbstmordes führen: zum einen die Dimension der sozialen Integration mit dem altruistischen und dem egoistischen Selbstmord und die Dimension der sozialen Regulation mit dem fatalistischen und dem anomischen Selbstmord.
Ist die soziale Integration des einzelnen in die Gemeinschaft sehr hoch (Obereinstimmung von bestehenden Anschauungen, gegenseitige Interessen, gemeinsame Ziele, stabile und dauerhafte Beziehungen), so besteht die Gefahr des altruistischen Selbstmordes, d.h. des "Sich-Opferns" aus altruistischen Motiven. Ist die soziale Integration hingegen zu gering, d.h., sind die Bindungen in einer Gesellschaft (religiöser, familiärer oder politischer Art) minimal, dann steigt das egoistische Verhalten der Bürger an und mit ihm die Selbstmordrate.

Die Dimension der sozialen Regulation bezeichnet das Ausmaß, in welchem die Gesellschaft Motive und Gefühle von Mitgliedern reguliert. Ist diese Regulation hoch, so erhöht sich die Selbstmordrate (fatalistischer Selbstmord), ist sie dagegen niedrig, d.h., liegt ein Zustand der Regellosigkeit, der Anomie vor, dann erhöht sich ebenfalls die Selbstmordziffer (anomischer Suizid).
Zustände von Anomie, d.h. des Fehlens allgemeinverbindlicher Normen, finden wir z.B. in Zeiten von Wirtschaftskrisen oder auch im Bereich familiärer Beziehungen in der Möglichkeit und Häufigkeit von Ehescheidungen. Eine Gesellschaft, in der anomische Zustände vorherrschen, belastet ihre Mitglieder und treibt eine bestimmte Anzahl von ihnen zum Selbstmord.

Dieser Ansatz von DURKHEIM wurde später von anderen Soziologen überarbeitet und abgeändert.
HALBWACHS (1930) faßte die beiden Dimensionen soziale Integration und soziale Regulation zusammen und beurteilte

das Suizidgeschehen nur unter dem Aspekt der sozialen Integration oder Desintegration.
Auch JOHNSON (1965) reduzierte die vier Selbstmordtypen DURKHEIMs, da der fatalistische und der altruistische Selbstmord in der heutigen Zeit kaum mehr eine Rolle spielen. Die Neuformulierung des DURKHEIM'schen Ansatzes lautet bei JOHNSON:
Ist die soziale Integration in einer Gesellschaft entweder niedrig oder hoch, dann ist die Selbstmordrate hoch; im Durchschnittsbereich der sozialen Integration ist sie relativ niedrig.

Ein wichtiger Beitrag der Sozialwissenschaft in der Erforschung des Phänomens Selbstmord ist vor allem die Untersuchung gesellschaftlicher Einflußgrößen durch epidemiologische Erhebungen.
So weiß man heute zum Beispiel Bescheid über die Geschlechts- und Altersverteilung von Selbstmordhandlungen, über den Einfluß von Religion, sozialer Stellung, geographischen Bedingungen (Ländervergleiche, Unterschiede von Stadt und Land) usw. Eine große Datenfülle liegt inzwischen zur Interpretation vor, wobei sich die Sozialwissenschaft auf die Darstellung gesellschaftlicher Faktoren beschränkt und biologische oder psychologische Zusammenhänge weitgehend außer Betracht läßt.

Mit der Untersuchung der psychischen Voraussetzungen der Selbstmordhandlung hat sich die Psychologie befaßt und Selbstmordtheorien entwickelt, die für die Praxis der Selbstmordverhütung besondere Bedeutung erlangt haben. Die drei wichtigsten Ansätze sollen im folgenden kurz erörtert werden.

Die psychoanalytische Theorie der Aggression

FREUD interpretierte den Selbstmord als Wendung der Aggression gegen die eigene Person und Mord am anderen, am

introjizierten Objekt. Der Selbstmörder richtet intensive Mord- und Haßgedanken gegen eine Person, die er einmal sehr liebte, die ihn aber völlig enttäuschte. Er identifiziert sich nun unbewußt selbst mit dieser Person und befriedigt seine Mordimpulse, indem er mit sich selbst auch den anderen umbringt.

Nach FREUD spielen dabei regelmäßig auch Bestrafungstendenzen eine Rolle, die Reaktion eines strengen Oberichs auf den Wunsch, einen anderen zu töten. (Siehe hierzu FREUDs Abhandlung "Trauer und Melancholie", 1917, Seite 205f.)

Die Aggressionstheorie zur Erklärung von Selbstmordimpulsen ist für die Praxis der Selbstmordverhütung von besonderer Bedeutung, da in Gesprächen versucht werden kann, die Aggression zu kanalisieren und ihre Wendung gegen die eigene Person rückgängig zu machen.
In späteren Arbeiten führte FREUD einen "Todestrieb" ein, der die Oberwindung des Selbsterhaltungstriebes im Selbstmord erklären sollte. Die Annahme eines Destruktions- oder Todestriebes konnte sich jedoch innerhalb der Psychoanalyse nicht durchsetzen.

Das Konzept der narzißtischen Krise

HENSELER definierte 1974 den Selbstmord als eine narzißtische Krise, in der das "narzißtische Gleichgewicht" einer Person durch eine wie auch immer geartete Kränkung derart gestört wird, daß es sie zum Selbstmord treibt.

"Narzißtisches Gleichgewicht" nennt er einen Zustand der Ausgeglichenheit, des Wohlbehagens und der Zufriedenheit mit sich selbst, d.h. der Selbstsicherheit, in dem Idealbild und Selbstbild, Wunsch und Wirklichkeit einigermaßen übereinstimmen. Wird nun dieses Gleichgewicht durch eine Kränkung, ein böses Wort, eine Lieblosigkeit oder einen

Mißerfolg ins Wanken gebracht, so sehen selbstunsichere Menschen, die im Laufe ihres Lebens nicht gelernt haben, Widerstände zu ertragen und Menschen ihrer Umgebung als andere gelten zu lassen, in einem Zustand der Ohnmacht und Verlassenheit keinen anderen Ausweg mehr, als im Selbstmord die Ruhe und Sicherheit des Todes aufzusuchen.

1978 ergänzte HENSELER die Narzißmustheorie, indem er sie mit der Aggressionstheorie verschränkte: Die Aggression, die der Selbstmörder fehlverarbeitet und gegen sich selbst wendet, ist nicht irgendeine Wut, sondern Wut infolge einer narzißtischen Kränkung. Hierin sehen wir einen Ausgleich zwischen den beiden Selbstmordtheorien der Aggressionsumkehr und der narzißtischen Krise, die früher jeweils Allgemeingültigkeit für sich beanspruchten.

Der lerntheoretische Ansatz - Selbstmord als gelernte Hilflosigkeit

Seit 1965 versuchen lerntheoretisch orientierte Psychiater in den USA und auch in Deutschland, Depression und suizidale Verhaltensweisen als gelerntes Verhalten zu interpretieren.
SELIGMANN (1975/79) entwickelte ein Konzept, nach dem er Depression als "gelernte Hilflosigkeit" beschrieb. Von daher wird den biographischen Ereignissen (life events) im Vorfeld einer Depression oder einer Selbstmordkrise besondere Bedeutung beigemessen. Es wird davon ausgegangen, daß neurotisches, psychotisches oder auch suizidales Verhalten aufgrund eines Lernprozesses entsteht, d.h. also nicht als Krankheit aufzufassen ist.
Daraus folgt, daß Suizidalität als gelerntes Verhalten verhaltenstherapeutisch korrigiert werden kann.

Testpsychologische Untersuchungen

In den letzten Jahren wurden von verschiedenen Autoren psychologische Testverfahren entwickelt, die der genaueren Diagnostik suizidaler Neigungen dienen sollten.
Die Anwendung solcher Testverfahren hat z.B. PHILIP 1970 an je 50 Männern und Frauen nach einem Suizidversuch durchgeführt. Seine Untersuchung ergab, daß eine große Ähnlichkeit zwischen den Persönlichkeitsprofilen von Suizidpatienten und Neurotikern sowie Psychotikern besteht. Allgemein kann man sagen, daß Suizidale aggressiver, feindseliger, selbstbestrafender, impulsiver, irritierbarer, kontaktgehemmter und psychisch gespannter sind als normale Personen, was aber auch auf psychiatrische Vergleichsgruppen zutrifft.
STORK (1969, 1972) entwickelte zur Beurteilung der Suizidgefährdung einen Fragebogentest für junge Erwachsene und stellte fest, daß der Suizidversuch einem gewissen suizidal-depressiven Persönlichkeitsbild entspricht, das die Merkmale Depression, Angst, Aggressivität, Schuldgefühle und Furcht vor Objektverlusten in erhöhtem Ausmaß aufweist.
Dasselbe ist aber auch bei anderen Verhaltensweisen im "unbewußt suizidalen" Feld der Fall, wie z.B. bei Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und antisozialem Verhalten. Dem Test kommt somit keine differentialdiagnostische Bedeutung zu, er erlaubt lediglich eine gewisse Abschätzung der Suizidgefahr.

Insgesamt läßt sich sagen, daß es nicht gelang, eine typische "Suizidalen-Persönlichkeit" herauszuarbeiten, was bedeutet, daß diesen Tests in der Praxis der Suizidalenbetreuung nur untergeordnete Bedeutung zukommt.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß keine der aufgeführten Suizidtheorien, kommen sie nun von der Medizin,

der Sozialwissenschaft oder der Psychologie her, allein als Erklärungsmodell für suizidales Verhalten ausreicht. Vielmehr zeigt die Erfahrung von in der Suizidprophylaxe Tätigen, daß ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren mit unterschiedlicher Gewichtung dazu führt, daß eine Person sich das Leben nimmt. Dabei spielen sowohl soziale Einflüsse, d.h. bestimmte Lebensbedingungen, als auch biographische Ereignisse als auch gewisse innerpsychische Voraussetzungen - seien sie nun als krankhaft zu bezeichnen oder nicht - eine Rolle.

Nachdem nun jemand einen Suizidversuch verübt hat und gerettet worden ist, erhebt sich die Notwendigkeit einer wie auch immer gearteten Nachbetreuung. Zumindest wollen wir von dieser Behauptung ausgehen, obwohl es auch gegenteilige Meinungen gibt, die an der Berechtigung einer Suizidprophylaxe überhaupt zweifeln.
Je nach dem theoretischen Ansatz, den jemand vertritt, ist sein Standpunkt bezüglich der Notwendigkeit oder Möglichkeit einer Selbstmordverhütung unterschiedlich. Z.B. wird die Annahme rein gesellschaftlicher Faktoren für die Entstehung von Selbstmordimpulsen die Suizidprophylaxe auf individueller Ebene für nutzlos ansehen. Auch philosophische Überlegungen zum Thema Freitod können den Schluß nahelegen, daß Bestrebungen zur Verhütung von Selbstmordversuchen in das Selbstbestimmungsrecht des Menschen eingreifen und von daher nicht zu rechtfertigen sind (AMERY, 1976).

In der Erfahrung der Suizidalennachbetreuung hat sich jedoch gezeigt, daß ungefähr 80 % der Patienten nach einem Selbstmordversuch froh darüber sind, gerettet worden zu sein (PINO et al., 1979), und ebenfalls ca. 80 % der Selbstmordversuche so arrangiert sind, daß eine Rettung wahrscheinlich, möglich oder sogar sicher erscheint (LINDEN,1969; GRONEBERG, et al., 1972).

Wie STENGEL (1964) feststellte, erfüllt die parasuizidale Handlung eine Appellfunktion d.h., sie ist in ihrer eigentlichen Intention ein "Hilfeschrei an die Umwelt". Hierzu paßt, daß über die Hälfte der Selbstmordversuche vorher im näheren Bekanntenkreis angekündigt werden (LINDEN, 1969; KOCKOTT et al., 1970).
Diesem Wunsch nach Hilfe entsprechend zeigen sich auch die meisten Patienten nach dem Erwachen gesprächsbereit und offen, mit jemandem über ihre Probleme zu reden. Für sie ging es eben bei dem Selbstmordversuch subjektiv nicht um einen existentiellen Entschluß menschlicher Freiheit, sondern um eine elementare persönliche Notlage, aus der es für sie keinen Ausweg mehr zu geben schien.

Diese Tatsache rechtfertigt ein Hilfsangebot Außenstehender, und aufgrund dieser praktischen Notwendigkeit haben sich verschiedene Formen der Nachbetreuung von Suizidpatienten entwickelt, die nun im folgenden näher dargestellt werden sollen.

Nachbetreuung von Suizidalen

Zum ersten ist zu erwähnen, daß es an manchen Krankenhäusern, besonders kleineren, überhaupt keine Nachbetreuung von suizidgefährdeten Personen gibt, falls nicht der Arzt oder das Pflegepersonal auf der Intensivstation, auf die sie eingeliefert wurden, sich für ein Gespräch Zeit nehmen. Meistens werden diese Patienten sofort nach der chirurgischen oder medizinischen Erstversorgung wieder entlassen, um das Bett für den nächsten Patienten frei zu machen.

An den meisten Krankenhäusern besteht ein psychiatrischer Konsiliardienst, der entweder nach Ermessen des behandelnden Arztes, oder grundsätzlich ans Bett eines Patienten nach Suizidversuch gerufen wird, um eine weitere Suizidalität auszuschließen, eine grobe diagnostische Einteilung zu treffen und um zu beurteilen, ob ein psychiatrisch zu behandelndes Krankheitsbild vorliegt.

Diese Form der Nachbetreuung hat den Nachteil, daß Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch eine Weiterbehandlung benötigten, entsprechende Angebote, z.B. sich bei Beratungsstellen oder in einer nervenärztlichen Ambulanz zu melden, oft nicht wahrnehmen. Auch müssen sie, wenn ein weiterer stationärer Aufenthalt zur Aufarbeitung ihrer Probleme notwendig ist, erst in eine psychiatrische Klinik verlegt werden, was häufig auf Angst und Vorurteile und damit Ablehnung stößt (BÖHME, 1980).

Deshalb haben 1974 in Heidelberg einige Psychiater, die früher als Konsiliarii tätig waren, auf der Intensivstation der Medizinischen Universitätsklinik eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur tertiären Suizidprophylaxe gegründet. Sie bietet den Vorteil, daß der Patient zum frühestmöglichen Zeitpunkt seiner klinischen Behandlung in psychiatrische Betreuung kommt, ohne jedoch in eine vorurteilsbelastete psychiatrische Institution zu müssen.

In diesem psychosozialen Team arbeiten ein oder mehrere Psychiater, Sozialarbeiter und Klinikseelsorger. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, schon in der Medizinischen Klinik, den Erstkontakt fortsetzend, eine kontinuierliche und möglichst optimale Versorgung von Suizidenten zu erreichen.
Die Mitarbeiter werden frühzeitig zu den Patienten auf die internistische oder chirurgische Intensivstation gerufen, wo sie ein erstes Gespräch mit ihnen führen. Ist es notwendig, den Patienten für eine längere Zeit im Krankenhaus zu behalten, so verfügt das Team über eine eigene kleine

Station, auf der die Patienten so lange bleiben können, bis sie genügend gefestigt sind oder die Situation in ihrer häuslichen Umgebung sich soweit entspannt hat, daß sie in sie zurückkehren können.
Auch für eine weitere ambulante Nachbetreuung steht die Arbeitsgruppe zur Verfügung, in Zusammenarbeit mit in der Stadt niedergelassenen Ärzten und Hilfsstellen.

Diese Einrichtung in Heidelberg hat Modellcharakter und dient inzwischen auch der Forschung und Lehre (POHLMEYER, 1983, S. 142).

Ein anderes Modell wurde in Darmstadt entwickelt, das ebenfalls die Weiterversorgung von Suizidalen innerhalb des erstversorgenden Krankenhauses, nämlich der Medizinischen Klinik, gewährleistet. Hier werden aber hauptsächlich Internisten und das internistische Pflegepersonal in die Betreuung Suizidgefährdeter einbezogen, Psychiater werden nur in besonderen Fällen konsiliarisch hinzugezogen.

Nach der akuten Entgiftung auf der medizinischen Intensivstation werden die Patienten auf eine Allgemeinstation verlegt, wo sie mit anderen Kranken in einem Zimmer zusammen sind und genauso wie diese behandelt werden. Es wird ein persönlicher Kontakt zu ihnen hergestellt, um den Boden für weiterführende Einzelgespräche zu bereiten. Im Krankenzimmer sollen die Patienten lernen, soziale Kontakte wieder aufzunehmen, die internistische Station soll "problemneutral" und als "soziales Obungsfeld" den Lebensmüden die Rückkehr in die menschliche Gemeinschaft ermöglichen (nach POHLMEYER, 1983).
Während seines Aufenthalts hat der Patient die Möglichkeit, an Gruppengesprächen teilzunehmen, die er auch nach seiner Entlassung aus der Klinik weiterhin aufsuchen kann.

In das Team ist ein Sozialarbeiter einbezogen, der Kontakte zu Behörden herstellt und andere Außenkontakte vermittelt. Nach der Entlassung kann der Suizidpatient zur weiteren Konfliktbewältigung mit der Klinik in Verbindung

bleiben. Auch stehen die in der Stadt niedergelassenen Psychologen, Ärzte, Juristen, Pfarrer, Laien und die Telefonseelsorge, die mit dem in der Klinik behandelten Patienten weiterarbeiten, in Form von Fallbesprechungen mit der Klinik in Verbindung.

Die Internisten, die die Einzel- und Gruppengespräche führen, stehen in psychotherapeutischer Ausbildung, und auch das Pflegepersonal ist durch Fortbildungskurse in der Betreuung suizidaler Patienten geschult.

Zur Ergänzung professioneller Hilfsangebote gibt es in vielen Städten Laienhelferkreise, die in einer Art erweiterter Nachbarschaftshilfe suizidgefährdeten Menschen Unterstützung im Alltag anbieten und durch eigene Lebenserfahrung versuchen, Hoffnung zu vermitteln. Ihre Anfänge gehen zurück auf den anglikanischen Priester Chad VARAH, der 1953 in London die Organisation der "Samaritans" gründete. Ihr gehören Laien an, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Menschen in Not ein verständnisvoller Freund zu sein. Sie sind rund um die Uhr telefonisch erreichbar und stehen auch für weiterführende persönliche Gespräche zur Verfügung. In jeder größeren englischen Stadt sind inzwischen Büros der "Samaritans" eingerichtet (DAY,1974).
Ihre unkonventionelle Methode des "befriending" stieß auf sehr positives Echo, die Suizidrate ist in Englang, seitdem die "Samaritans" arbeiten, deutlich zurückgegangen.
Dies ist natürlich kein direkter Beweis für die Wirksamkeit ihrer Betreuung, es unterstützt lediglich die Vermutung eines positiven Einflusses.

Andere Länder folgten dem Beispiel der "Samaritans" und gründeten ebenfalls Laienhilfsorganisationen, z.B. die Telefonseelsorge und andere Laienhelferkreise.
Ein Laienhelferkreis setzt sich zusammen aus Angehörigen der verschiedensten Berufsgruppen, die z.B. Suizidale besuchen, mit ihnen Gespräche führen, die Freizeit mit ihnen verbringen. Nach einem Gutachten, das LEMPP und THIERSCH

1982 über die Tätigkeit des "Arbeitskreis Leben e.V." in Tübingen erstellten, besteht "... ihre Chance nicht allein darin ... daß ein hierarchisches Gefälle zwischen 'Experte' und 'Klient' gar nicht erst aufkommt, sondern auch in einer anderen Qualität des Kontaktes: der Alltag des Betroffenen wird aufgesucht. Dort, wo die Betroffenen leben, wird miteinander gesprochen. Zwanglosere und unmittelbarere, von den Ritualen der Beratungskunst befreite Formen des Sprechens und Zuhörens sind möglich, gemeinsame Unternehmungen sind planbar, und zwar vor allem solche, die die Beratungskapazität professioneller Einrichtungen bei weitem überschreiten würden" (LEMPP/THIERSCH, 1982).

Die Laienhelfer legen Wert auf eine Zusammenarbeit mit den professionellen Hilfseinrichtungen, deren beratender Beistand in regelmäßiger Supervision eine Stützung ihrer Arbeit bedeutet.

1.2 Anliegen der Arbeit

An den Tübinger Kliniken wird die Suizidalennachbetreuung in der Weise durchgeführt, daß ein Konsiliardienst der Universitäts-Nervenklinik (im folgenden UNK) zu allen Fällen von Selbstvergiftung oder Selbstbeschädigung, die zur Erstversorgung in die entsprechende Klinik aufgenommen werden, hinzugezogen wird. Ausgenommen sind nur die Patienten, bei denen eine Behandlung in der Ambulanz ausreichend ist.
In einer etwa einstündigen Exploration versucht der Konsiliar herauszufinden, ob eine Entlassung nach der medizinischen Akutversorgung möglich ist oder ob wegen weiterbestehender Suizidalität stationäre psychiatrische Behandlung erforderlich ist. Patienten, die entlassen werden können, bietet der Psychiater entweder an, sich zur weiteren Aufarbeitung ihrer Probleme in der Ambulanz der UNK vorzustellen oder mit einem niedergelassenen Nervenarzt, ihrem Hausarzt oder einer anderen Beratungsstelle Kontakt aufzunehmen.

In dieser Arbeit nun geht es darum, die Suizidalenbetreuung an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen auszuwerten. Die Fragestellung lautet dabei wie folgt:

1. Wieviele Patienten pro Jahr wurden in welcher Tübinger Klinik konsiliarisch untersucht, und wie lauten deren demographische Daten?
2. Welche Diagnosen wurden im einzelnen gestellt?
3. Welche Vorschläge zur weiteren Betreuung wurden vom Konsiliarius gemacht?
4. Wieviele der Patienten wurden tatsächlich stationär aufgenommen, welches war die Abschlußdiagnose, und wie lange dauerte der stationäre Aufenthalt? Wieviele der in die Poliklinik überwiesenen Patienten nahmen dort auch tatsächlich die Behandlung in Anspruch?
5. Wieviele der Patienten hatten bis zum Abschluß der Untersuchung mehrere Suizidversuche unternommen? Eine nähere Beschreibung derselben hinsichtlich der bekann-

ten Risikofaktoren soll vorgenommen werden.

6. Es soll nachgeprüft werden, wieviele erfolgreiche Suizidversuche bei den untersuchten Patienten stattgefunden haben.

Auf diese Weise will die Arbeit einen empirischen Beitrag zum Thema Suizidalennachbetreuung leisten und eventuell Hinweise geben auf eine effektivere Gestaltung derselben.

2 MATERIAL UND METHODIK

2.1 Untersuchungsmaterial

Es handelt sich um die Auswertung von 489 Konsiliarberichten, die in den Jahren 1979 - 1982 in verschiedenen Tübinger Kliniken nach dem Besuch eines Psychiaters bei Patienten mit Suizidversuch erstellt worden sind. Dazu kommen 110 Krankenblätter von in der UNK Tübingen stationär aufgenommenen Patienten und 55 Ambulanzakten.

2.2 Methodik

2.2.1 Datenerhebung

Die Konsiliarberichte wurden auf demographische Daten, Daten zum Suizidversuch, die psychiatrische Beurteilung und Diagnose und den Vorschlag des Konsilarius bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens hin durchgesehen. Wenn ambulante oder stationäre psychiatrische Nachbetreuung in der UNK vorgeschlagen worden war, wurden im Archiv der Ambulanz und der stationären Patienten die entsprechenden Akten aufgesucht und festgestellt, ob die Patienten dem Vorschlag des Konsiliarius gefolgt waren oder nicht. Waren Akten vorhanden, wurde aus ihnen die Dauer des stationären Aufenthaltes, die Abschlußdiagnose, die Umstände der Entlassung und eine etwaige frühere stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung entnommen. Außerdem wurden die demographischen Daten vervollständigt und weitere Informationen zur Vorgeschichte und zur Person ermittelt.
Auch bei Patienten, bei denen keine Behandlung in der UNK Tübingen vorgeschlagen worden war, wurde die Kartei des Archivs auf frühere Aufenthalte hin untersucht.

Um zu ermitteln, wieviele der Patienten, die nach ihrem Suizidversuch konsiliarisch gesehen und ggf. auch psychiatrisch betreut worden waren, später doch noch Suizid begingen, wurde eine Anfrage an die Landespolizeidirektion Tübingen gerichtet mit der Bitte, die Liste der 473 Patienten mit Suizidversuch mit der Liste der dort bekannten Selbsttötungen von 1979 bis Juni 1984 zu vergleichen.

Das gewonnene Datenmaterial wurde nach den zu untersuchenden Gesichtspunkten geordnet und statistisch ausgewertet.

2.2.2 Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Datenerhebung

Die Konsiliarberichte waren in bezug auf die demographischen Daten, die Art der Intoxikation und hinsichtlich früherer Suizidversuche oft nicht vollständig, so daß, falls die Angaben nicht durch Akten der UNK ergänzt werden konnten, die Karteien und Krankenblätter der Kliniken hinzugezogen werden mußten, in die die Patienten nach dem Suizidversuch zur Erstversorgung eingeliefert worden waren.

Trotzdem blieben einige Daten, wie z.B. Familienstand, Geburtsjahr oder Art der Intoxikation offen, hauptsächlich deshalb, weil die Patienten zum Teil kurz nach dem Aufwachen wieder entlassen worden waren, ohne daß man eine vollständige Krankenakte angelegt hatte.
Auch zu Beruf und sozialem Hintergrund waren kaum Angaben zu erhalten, weswegen eine nähere Darstellung des sozialen Status entfallen mußte.

3 ERGEBNISSE

3.1 Gesamtzahl der Patienten mit Suizidversuch

In den Jahren 1979 bis 1982 wurde der Konsiliardienst der UNK Tübingen zu 489 Fällen von Patienten nach Suizidversuch, die in Tübinger Kliniken behandelt wurden, hinzugezogen. Die Verteilung auf die einzelnen Jahre läßt sich aus Tabelle 1 entnehmen.
Da innerhalb eines Jahres mehrere Patienten zweimal oder auch dreimal mit Suizidversuch eingeliefert wurden, muß man eine Patientenzahl und eine Fallzahl unterscheiden. Dies gilt grundsätzlich auch für alle anderen Aufstellungen. Um welche Zählung es sich jeweils handelt, ist am Kopf der Tabellen vermerkt.
1979 wurde ein männlicher Patient dreimal eingeliefert, 1981 5 Frauen und 1 Mann zweimal und 1 Frau dreimal, 1982 waren es ebenfalls 5 Frauen und 1 Mann, die zweimal eingeliefert wurden.
Da die Daten nach einzelnen Jahren ausgezählt wurden, blieb unberücksichtigt, daß 12 Patienten in verschiedenen Jahren mehrmals zur Aufnahme kamen.

Zu der Zahl der offensichtlichen Suizidversuche kommen 28 reine Alkoholintoxikationen, bei denen eine suizidale Absicht nicht sicher angenommen werden kann, aber doch in einem bestimmten Teil der Fälle vorliegt. Diese Alkoholintoxikationen wurden in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt (siehe Tab. 1).

Tab. 1 Anzahl und Geschlechtsverteilung der konsiliarisch untersuchten Suizidpatienten in den Jahren 1979-1982

Jahr	Fallzahl	Patientenzahl	Männer		Frauen		Mehrfachaufn.		Alkoholintoxik.
			n	%	n	%	männl.	weibl.	
1979	111	109	35	32,1	74	67,9	1	-	6
1980	109	109	42	38,5	67	61,5	-	-	6
1981	146	138	45	32,6	93	67,4	2	5	7
1982	123	117	45	38,5	72	61,5	1	5	9
zusammen	489	473	167	35,3	306	64,7	4	10	28

3.2 Demographische Daten

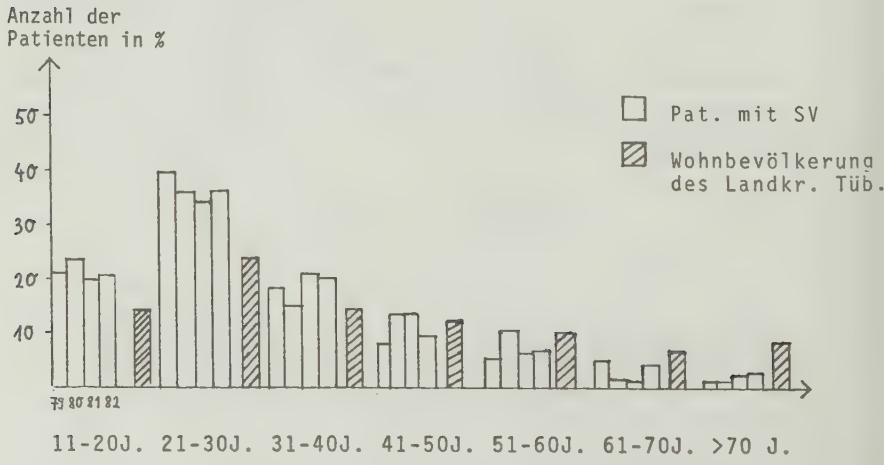
3.2.1 Geschlechtsverteilung

Von insgesamt 473 Patienten sind fast zwei Drittel (64,7%) weiblichen und etwas mehr als ein Drittel (35,3%) männlichen Geschlechts. Wie die Geschlechtsverteilung über die Jahre hinweg aussieht, ist Tabelle 1 zu entnehmen.

3.2.2 Altersstruktur

Die Altersstruktur des Patientenkollektivs im Jahresvergleich läßt sich aus Tabelle 2 und Abbildung 1 entnehmen. Ein deutlicher Gipfel ist in allen 4 Jahren bei den 21- bis 30-jährigen zu beobachten.
In höheren Altersklassen wird die Anzahl der Patienten immer kleiner und erreicht ihr Minimum im Alter über 70 Jahren. Insgesamt sind 76 % der Patienten unter 40 Jahre alt und 24 % über 40 Jahre.

Abb. 1 Altersverteilung im Jahresvergleich



Tab. 2 Lebensalter zur Zeit des Suizidversuchs (Patientenzahl)

Alter	1979		1980		1981		1982		Männer		Frauen		zusammen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11 - 20 J.	22	20,3	25	22,9	27	19,6	24	20,5	31	18,6	67	21,9	98	20,7
21 - 30 J.	43	39,4	39	35,8	47	34,0	42	35,9	63	37,7	108	35,3	171	36,2
31 - 40 J.	20	18,3	16	14,7	30	21,7	24	20,5	32	19,1	58	19,0	90	19,0
41 - 50 J.	9	8,3	14	12,8	18	13,0	11	9,4	18	10,8	34	11,1	52	11,0
51 - 60 J.	6	5,5	11	10,1	9	6,5	8	6,8	12	7,2	22	7,2	34	7,2
61 - 70 J.	6	5,5	2	1,9	2	1,5	5	4,3	5	3,0	10	3,2	15	3,2
> 70 J.	1	0,9	1	0,9	3	2,2	3	2,6	5	3,0	3	1,0	8	1,7
ohne Ang.	2	1,8	1	0,9	2	1,5	-	-	1	0,6	4	1,3	5	1,0
zusammen	109	100,0	109	100,0	138	100,0	117	100,0	167	100,0	306	100,0	473	100,0

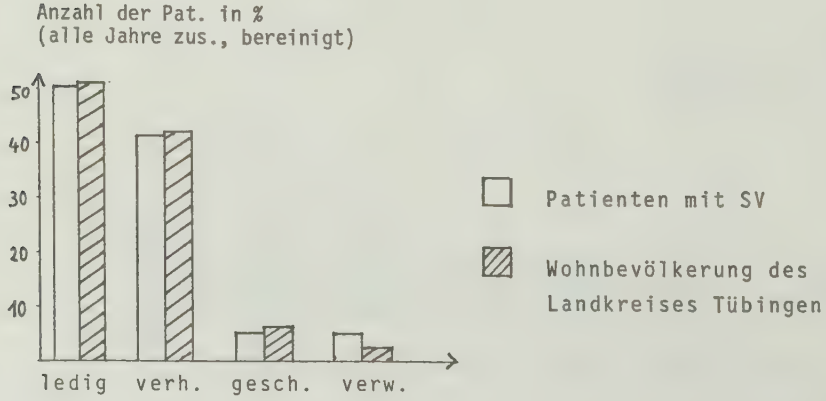
3.2.3 Familienstand

Die Gruppe der Ledigen ist mit 46,6 % am stärksten vertreten, gefolgt von den Verheirateten mit 38 %.
Die nächstgrößte Gruppe ist die der Geschiedenen mit 4,8%, die Verwitweten machen mit 3,8 % den geringsten Anteil am Untersuchungskollektiv aus.
In 6,8 % der Fälle waren keine Angaben zum Familienstand des Patienten zu erhalten.
Insgesamt lebten 55,2 % der Patienten zur Zeit des Suizidversuchs ohne ehelichen Partner. Siehe hierzu Tabelle 3.

Tab. 3 Familienstand (Patientenzahl)

	1979		1980		1981		1982		zus.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	(%ber.)
ledig	49	45,0	54	49,5	61	44,2	58	49,6	222	46,6	(50,3)
verh.	52	47,6	36	33,0	51	37,0	40	34,2	179	38,0	(40,6)
gesch.	4	3,7	7	6,4	7	5,1	4	3,4	22	4,8	(5,0)
verw.	-	-	3	2,8	7	5,1	8	6,8	18	3,8	(4,1)
unbek.	4	3,7	9	8,3	12	8,6	7	6,0	32	6,8	
zus.	109	100,0	109	100,0	138	100,0	117	100,0	473	100,0	(100,0)

Abb.2 Familienstand



3.3 Daten zum Suizidversuch

3.3.1 Erstversorgendes Krankenhaus

Der weitaus größte Teil der Patienten wurde mit einer Tablettenintoxikation auf die Intensivstation der Medizinischen Universitätsklinik eingeliefert.
Ein geringerer Teil von 4,7 % wurde wegen Verletzungen in der Chirurgischen Klinik behandelt und 3,1 % in der Berufsgenossenschaftlichen Klinik.
Ein Patient war vom Konsiliar wegen einer Schußverletzung in Selbsttötungsabsicht im Zentrum für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde gesehen worden und einer in der Neurologie (Tabelle 4).

Tab. 4 Erstversorgendes Krankenhaus (Fallzahlen)

Klinik	1979 n	1980 n	1981 n	1982 n	zusammen n	zusammen %
Medizin. Klinik	104	101	129	115	449	91,8
Chirurg. Klinik	2	4	11	5	22	4,5
Berufsgenossenschaftl. Klinik	4	4	5	3	16	3,3
andere (ZMK, Neurol.)	1	-	1	-	2	0,4
zusammen	111	109	146	123	489	100,0

3.3.2 Methode des Suizidversuchs

Als Methode des Suizidversuchs wurden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (85,5 %) Medikamente eingenommen, in weitem Abstand vor der Einnahme von Chemikalien und Giften und von Schnittverletzungen, die meist am Handgelenk beigebracht wurden.
In der Suizidliteratur werden "weiche" Methoden (Medikamente, Schneiden, Gift) von "harten" Methoden mit größerer Sterbewahrscheinlichkeit (Strangulation, Schußverletzung, Verbrennung, Sprung aus großer Höhe, Oberfahrenlassen etc.) unterschieden.
Bei unserer Untersuchung zählten 93,5 % zu den "weichen" Suizidmethoden und 4,7 % zu den "harten".
Bei 1,8 % der Fälle lagen keine Angaben zur Suizidmethode vor. Siehe hierzu Tabelle 5.

Tab. 5 Suizidmethode (Fallzahlen)

Methode	1979		1980		1981		1982		zusammen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medikamente	100	90,1	95	87,2	112	76,7	111	90,3	418	85,5
Chemikalien, Gifte	2	1,8	4	3,7	8	5,5	6	4,8	20	4,0
Gas, Auspuffgase	-	-	-	-	1	0,7	-	-	1	0,2
Strangulat.	-	-	-	-	-	-	1	0,8	1	0,2
Schuß-verletzung	1	0,9	1	0,9	4	2,7	1	0,8	7	1,5
Schnittverl.	3	2,7	3	2,8	12	8,2	1	0,8	19	4,0
Verbrennung	-	-	-	-	2	1,4	1	0,8	3	0,6
Sprung	1	0,9	4	3,7	3	2,1	2	1,6	10	2,0
Oberfahren-lassen	1	0,9	-	-	-	-	-	-	1	0,2
Unbekannt	3	2,7	2	1,8	4	2,7	-	-	9	1,8
zusammen	111	100,0	109	100,0	146	100,0	123	100,0	489	100,0

3.2.2.1 Tablettenintoxikationen

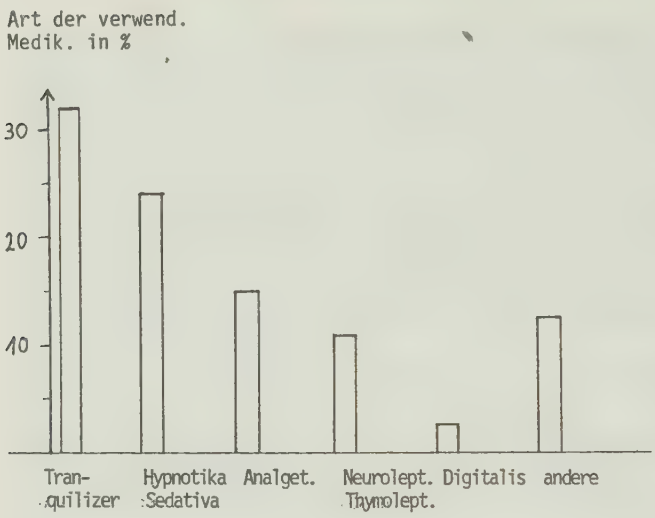
Bei der Reihenfolge der eingenommenen Medikamente der Häufigkeit nach stehen an erster Stelle Tranquilizer mit 31,9 %, gefolgt von Hypnotika und Sedativa mit 24 % und Analgetika in 14,9 % der Fälle. 11 % der Medikamentenintoxikationen waren auf die Einnahme von Neuroleptika und Thymoleptika zurückzuführen, 2,6 % auf Digitalis, und 12,6% verteilten sich auf verschiedene andere Pharmaka. Bei 3 % der Tablettenintoxikationen war die Art des Medikaments nicht festzustellen (Tab. 6 und Abb. 3).

Tab. 6 Aufstellung der als Suizidmittel verwendeten Medikamente

Medikamente	1979		1980		1981		1982		zusammen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hypnotika, Sedativa	34	26,2	28	24,1	35	23,6	30	22,2	127	24,0
Analgetika	24	18,5	18	15,5	14	9,5	23	17,0	79	14,9
Neurolept., Thymolept.	8	6,2	12	10,3	22	14,9	16	11,9	58	11,0
Tranquilizer	35	26,9	38	32,8	47	31,8	49	36,3	169	31,9
Digitalis	1	0,8	2	1,7	4	2,7	7	5,2	14	2,6
andere Medik.	21	16,1	17	14,7	18	12,2	10	7,4	66	12,6
unbekannt	7	5,3	1	0,9	8	5,3	-	-	16	3,0
zusammen	130	100,0	116	100,0	148	100,0	135	100,0	529	100,0

Bei vielen Suizidversuchen wurden auf einmal zwei und mehr Arten von Medikamenten eingenommen. Deshalb ist bei der obigen Aufstellung die Zahl der Tabletteneinnahmen größer als in Tabelle 5.

Abb. 3 Verwendete Medikamente



In 2,5 % aller Fälle wurden Tabletten mit anderen Methoden kombiniert; in 27 % der Tablettenintoxikationen, bei Männern (31,1 %) relativ häufiger als bei Frauen (19,9%), wurden die Tabletten zusammen mit Alkohol eingenommen (Tab. 7).

Tab. 7 Kombinierte Tabletteneinnahme (alle Jahre zusammen)

	Männer		Frauen		Zusammen	
	n	%	n	%	n	%
Kombinat. von anderen Methoden mit Tabl.	4	2,4	8	2,5	12	2,5
Kombinat. von Tabl. und Alkohol	52	31,1	61	19,9	113	27,0

3.3.2.2 Wahl der Methode in Abhängigkeit vom Lebensalter

Bei der Betrachtung der angewandten Methoden nach Altersgruppen fällt auf, daß im Alter unter 20 Jahren kaum harte Methoden zu finden sind. Deren prozentualer Anteil erreicht einen Gipfel in der Altersgruppe zwischen 31 und 40 Jahren und ist im Alter von 61 bis 70 Jahren mit 20 % am höchsten. In der nachstehenden Aufstellung (Tab. 8) wurden Chemikalien je nach Toxizität teilweise zu den harten Suizidmitteln gerechnet.

Tab. 8 Prozentualer Anteil harter und weicher Methoden in verschiedenen Altersgruppen

Alter	harte Methode %	weiche Methode %
11 - 20 J.	4	96
21 - 30 J.	6	94
31 - 40 J.	13	87
41 - 50 J.	10	90
51 - 60 J.	9	91
61 - 70 J.	20	80
> 70 J.	11	89

3.3.3 Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch

Betrachtet man alle Fälle, in denen Alkohol beim Suizidversuch eine Rolle spielte, so zeigt sich, daß zur Tatzeit 34,5 % der Männer und 21,4 % der Frauen unter Alkoholeinfluß standen, wobei die Alkoholbeteiligung bei den Frauen innerhalb des untersuchten Zeitraums von Jahr zu Jahr zunimmt (siehe Tab. 9).

Von den 127 Patienten, die in diese Rubrik fielen, bestanden bei 62, das sind 48,8 %, vorher bereits eine Alkoholabhängigkeit oder der Mißbrauch von Alkohol.

Tab. 9 Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch

Jahr	Männer		Frauen		zusammen		davon früher Alk.-Probl.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1979	14	40,0	11	14,5	25	22,5		
1980	13	31,0	15	22,4	28	25,7		
1981	18	39,1	23	23,0	41	28,1		
1982	14	30,4	19	24,7	33	26,8		
zusammen	59	34,5	68	21,4	127	26,0	62	48,8

3.4 Psychiatrische Beurteilung

3.4.1 Diagnosen

Bei dem größten Teil der Suizidversuche, in fast der Hälfte der Fälle (47,1 %), wurde die Diagnose "Konfliktreaktion" gestellt, worunter auch mit 7 % die Adoleszenzkrisen bei Jugendlichen fallen. In 3,8 % der Fälle wurde der psychische Zustand als "depressive Verstimmung", "depressives Syndrom" oder "reaktive depressive Entwicklung" bezeichnet, was wir unter der Rubrik "psychogen depressiv" zusammenfaßten.

14,4 % der Patienten fielen unter die Diagnose "neurotische Entwicklung", wobei es sich meistens um neurotische Depressionen handelte, und 8,5 % unter "Persönlichkeitsstörung", wozu wir auch die Fälle zählten, bei denen eine Borderline-Persönlichkeit vorlag.

14,4 % der Patienten wurden diagnostisch einem Suchtleiden zugeordnet. Dabei wurden nur die Fälle gezählt, bei denen keine andere psychiatrische Diagnose - wie etwa eine schwerere Persönlichkeitsstörung oder neurotische Depression - gestellt wurde.
Insgesamt waren es aber 20,1 % aller Patienten, bei denen ein chronischer Alkohol- oder Drogenmißbrauch oder die Tendenz dazu vorlag, worauf in Kapitel 3.4.2 näher eingegangen wird.

Psychosen lagen in 8,7 % aller Fälle vor, davon fast doppelt so viele aus dem schizophrenen Formenkreis wie endogene Depressionen (siehe Tab. 10).

Zu 1,4 % waren psychische Störungen organisch bedingt, wie z.B. Demenz bei frühkindlichem Hirnschaden, organisches Psychosyndrom oder intellektuelle Minderbegabung.

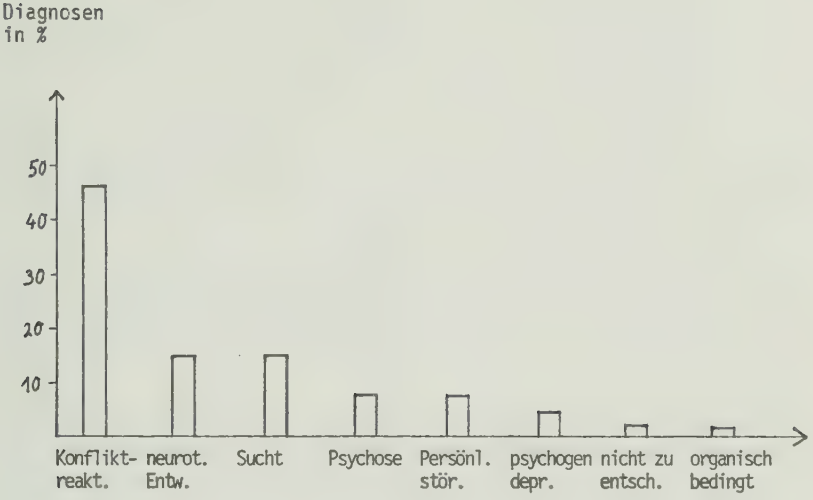
In 1,7 % der Fälle war im Konsil keine psychiatrische Diagnose gestellt worden und auch sonst nicht ersichtlich, entweder, weil die Situation hinsichtlich der Diagnose unklar war oder weil der Patient jede Angabe zu seinem Suizidversuch verweigerte.

Es ist noch zu erwähnen, daß bei der Auszählung die vorläufigen Diagnosen des Konsiliarberichts nach späterem stationären Aufenthalt oder ambulanten Gesprächen berichtigt worden sind. Genaueres hierzu in Kapitel 3.5.2 "Auswertung der stationären Aufenthalte".

Tab. 10 Psychiatrische Diagnosen (Patientenzahl)

Diagnose	1979		1980		1981		1982		zusammen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Konflikt-reaktionen	64	58,7	39	35,8	64	46,3	56	47,9	223	47,1
psychogen depressiv	3	2,7	4	3,7	8	5,8	3	2,6	18	3,8
neurotische Entw.	12	11,0	19	17,4	22	15,9	15	12,8	68	14,4
Persönlichkeitsstör.	6	5,5	11	10,1	16	11,6	7	6,0	40	8,5
Sucht	10	9,1	22	20,2	21	15,3	15	12,8	68	14,4
Psychose	8	7,3	8	7,4	6	4,3	19	16,2	41	8,7
davon schizophr.	5		7		3		11		26	5,5
endog.Depr.	3		1		3		8		15	3,2
organisch bedingt	2	1,8	4	3,6	1	0,7	-	-	7	1,4
nicht zu entsch.	4	3,7	2	1,8	-	-	2	1,7	8	1,7
zusammen	109	100,0	109	100,0	138	100,0	117	100,0	473	100,0

Abb. 4 Psychiatrische Diagnosen



3.4.1.1 Konfliktreaktionen

Insgesamt entfallen 73,1 % der Konfliktreaktionen auf das weibliche und 26,9 % auf das männliche Geschlecht. Bezogen auf den Geschlechtsanteil waren es 35,1 % der Männer und 51,3 % der Frauen, deren Suizidversuch als abnorme Erlebnisreaktion anzusehen war (siehe Tab. 11).

Die nähere Untersuchung der Konfliktreaktionen nach Motiven ergab, daß an der Spitze Partnerkonflikte und Ehekrisen stehen, und zwar sowohl bei der Hälfte der Männer als auch bei der Hälfte der Frauen.
Bei Männern kommen gleich danach Schwierigkeiten in Schule und Beruf, einschließlich finanzieller Probleme, bei den Frauen dagegen Konflikte mit Eltern, Kindern und weiterer Familie.
Dem folgen der Häufigkeit nach bei beiden Geschlechtern Identitäts- und Sinnkrisen im Sinne von Adoleszenzstörungen und eigene körperliche Erkrankung oder solche der Angehörigen (siehe Tab. 12).

Tab. 11 Anzahl der Konfliktreaktionen nach Geschlechtern getrennt

Jahr	Männer			Frauen		
	n	%	$\%_{nk}$	n	%	$\%_{nk}$
1979	17	45,9		47	63,5	
1980	11	26,2		28	41,8	
1981	15	32,6		49	49,0	
1982	17	37,0		39	50,6	
zusammen	60	35,1	26,9	163	51,3	73,1

nk = Gesamtzahl der Konfliktreaktionen

Tab. 12 Art der Konfliktsituationen (Fallzahlen, teilweise Mehrfachnennungen)

Konfliktart	1979		1980		1981		1982		zusammen			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer		Frauen	
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%
Partnerkonflikte (hetero-/homosex.)	4	14	1	7	4	16	6	9	15	25,4	46	28,0
Ehekonflikte	3	14	4	4	5	8	3	10	15	25,4	36	22,0
Eltern und Familie	2	8	1	8	1	11	1	8	5	8,5	35	21,3
Schul-, Berufs- u. finanz. Probleme	6	1	-	3	3	7	1	-	10	17,0	11	6,7
Adoleszenzkrise	1	-	2	5	1	8	4	11	8	13,6	24	14,6
eigene körperliche Krankheit oder Behinderung	-	1	2	1	-	-	3	-	5	8,5	2	1,2
Krankheit o. Tod von Angehörigen	1	2	-	1	-	4	-	1	1	1,7	8	4,9
Delinquenz	1	-	1	-	1	-	1	-	4	6,8	-	-
Sonstiges	-	4	-	1	-	2	-	-	-	-	7	4,3
ohne Angaben	2	5	1	-	1	1	-	-	4	6,8	6	3,7
zusammen	20	49	12	30	16	57	19	39	67	>100,0	175	>100,0

3.4.2 Mißbrauch und Abhängigkeit

Ein Mißbrauch oder die Abhängigkeit von Suchtmitteln lagen bei unseren Patienten zu 20,1 % vor, obwohl eine Suchterkrankung als im Vordergrund stehende Diagnose nur in 14,4 % der Fälle genannt wurde.
Von diesen 95 Patienten bestand bei der Mehrzahl, nämlich 66,3 %, ein Alkoholmißbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit, 6,3 % betrafen eine reine Medikamenten- und 17,9 % eine kombinierte Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Zu 9,5 % lag eine Polytoxikomanie, d.h. eine Mehrfachabhängigkeit in Kombination mit harten Drogen, vor.
Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 zusammengefaßt.

Tab. 13 Anzahl der Patienten, bei denen ein Mißbrauch oder eine Abhängigkeit vorlag (Patientenzahl)

Art der Abh.	1979		1980		1981		1982		zusammen		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	$\%_{ns}$
Alkoholmißbr. o. Abhängigk.	8		20		23		12		63	13,3	66,3
Medikamentenabhängigkeit	1		4		-		1		6	1,3	6,3
Alkohol- und Med.-Abh.	2		6		3		6		17	3,6	17,9
Polytoxikomanie	1		2		2		4		9	1,9	9,5
zusammen	12	11,0	32	29,4	28	20,3	23	19,7	95	20,1	100,0

ns = Gesamtzahl der Patienten mit Mißbrauch und Abhängigkeit

3.4.3 Wiederholung suizidaler Handlungen

3.4.3.1 Gesamtzahl

Aus Tabelle 14 ist die Anzahl der Patienten ersichtlich, bei denen anamnestisch oder nach Einsicht in die Krankenakten ein oder mehrere Suizidversuche bekannt wurden. Insgesamt sind es 111 Personen, das sind 24,1 % aller Patienten; 11,5 % hatten einen und 12,6 % mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte. 44,1 % der Wiederholer zählten zu den chronisch Suizidalen, da sie 3 und mehr Suizidversuche unternommen hatten.
Bei 75,9 % war es der erste Suizidversuch, der zur Aufnahme geführt hatte.

Tab. 14 Anzahl der Suizidversuche, die vom einzelnen Patienten bis zum Abschluß der Untersuchung durchgeführt wurden

	Einmaliger SV	Wiederholter SV	Anzahl der SVe 2	>2	Chronisch Suizidale
n	350	111	53	58	49
%	75,9	24,1	11,5	12,6	
$\%_{nw}$	-		47,7	52,3	44,1

nw = Gesamtzahl der Wiederholer

3.4.3.2 Vergleichende Untersuchung von Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch

In den Tabellen 15 bis 18 wird das Kollektiv der Patienten mit wiederholtem Suizidversuch den Patienten mit einmaligem Suizidversuch gegenübergestellt. Untersucht werden die soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht und Familienstand (Tab. 15), Variablen aus der Vorgeschichte, wie Mißbrauch und Abhängigkeit, frühere und gegenwärtige psychiatrische Behandlung (Tab. 16), die psychiatrischen Diagnosen (Tab. 17) und die Art der Nachbetreuung (Tab. 18).
Zur Signifikanzprüfung der Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen diente der Chi^2 - Test.
Innerhalb der Tabellen sind in Klammern die Referenz-Stichproben angegeben. Sie weichen zum Teil von der vorher genannten Gesamtzahl von Wiederholern ab, da die Aufnahmen der Patienten, die in verschiedenen Jahren mehrfach eingeliefert wurden, aus technischen Gründen mit in die Zählung fielen und auf der anderen Seite nicht bei allen Patienten genaue Daten zu dem jeweiligen untersuchten Merkmal zu erhalten waren.
Gruppe E bezeichnet die Patienten mit erstmaligem Suizidversuch, Gruppe W die mit wiederholtem.
Die Diskussion der Ergebnisse findet sich in Kapitel 4.4.3.

Tab. 15 Soziodemographische Daten

Variable		Erstmaliger SV n	% (E)	Wiederholter SV n	% (W)	Signifikanz
Altersverteilung: (345,123)[a]	< 21	88	25,5	10	8,1	X^2 = 19,22
	21 - 40	175	50,7	86	69,9	df = 3
	41 - 60	65	18,8	21	17,1	
	> 60	17	4,9	6	4,9	p < 0,001
Familienstand: (322,119)[a]						
	ledig	165	51,2	57	47,9	X^2 = 4,82
	verh.	128	39,8	51	42,9	df = 3
	gesch.	13	4,0	9	7,5	
	verw.	16	5,0	2	1,7	nicht sign.
Geschlecht: (350,123)[a]						X^2 = 1,42
	männl.	129	36,9	38	30,9	df = 1
	weibl.	221	63,1	85	69,1	nicht sign.

[a]Referenz-Stichprobe (E,W)

Tab. 16 Vorgeschichte

	Erstmaliger SV n	% (E)	Wiederholter SV n	% (W)	Signifikanz
Mißbrauch und Abhängigkeit	57	16,3	38	30,9	X^2 = 12,10 df = 1 p < 0,001
frühere psychiatr. oder psychother. Beh.	51	14,6	63	51,2	X^2 = 66,82 df = 1 p < 0,001
gegenw.in psychiatr. o. psychother. Beh.	14	4,0	17	13,8	X^2 = 14,33 df = 1 p < 0,001

(350,123)[a]

Tab. 17 Diagnosen

	Erstmaliger SV			Wiederholter SV			Signifikanz
	n	%	(E)	n	%	(W)	
Psychosen	25	7,1		16	13,0		$X^2 = 4,805$
Neurosen	35	10,0		33	26,8		df = 5
Persönlichk.-Stör.	24	6,9		16	13,0		
Sucht	46	13,1		22	17,9		p < 0,001
reaktive Störung	195	55,7		28	22,8		
andere	25	7,2		8	6,5		
	(350,123)[a]						

Tab. 18 Nachbetreuung

	Erstmaliger SV			Wiederholter SV			Signifikanz
	n	%	(E)	n	%	(W)	
Nachbetreuungs-vorschlag: (Fallzahlen)							
keiner	81	24,2		18	13,0		$X^2 = 16,41$
klinikintern amb.	121	36,1		52	37,7		df = 4
- wahrgenommen	39	32,0		21	40,0		
klinikextern amb.	37	11,0		13	9,4		p < 0,01
Psychiatrische Klinik stat.	77	23,0		52	37,7		
andere	19	5,7		3	2,2		
	(350,123)[a]						

[a]Referenz-Stichprobe (E,W)

3.5 Psychiatrische Therapie

3.5.1 Vorschläge des Konsiliars und Compliance

Die Vorschläge des Konsiliars und deren Inanspruchnahme sind in Tabelle 19 dargestellt. Nach dem Gespräch mit den Patienten schlug der psychiatrische Konsiliar in 35,4 % der Fälle eine Wiedervorstellung in der Ambulanz der Nervenklinik vor. Bei 26,4 % befand er eine stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik für notwendig (2,7 % betrafen nicht die UNK Tübingen, sondern ein anderes Nervenkrankenhaus), in 20,2 % der Fälle hielt er eine Entlassung nach Hause ohne weitere Nachbetreuung für vertretbar, und bei 6,7 % schlug er eine ambulante Vorstellung bei einem niedergelassenen Psychiater vor (einschließlich Bundeswehrpsychiater), wobei 39 % davon schon früher bei diesem in Behandlung gewesen waren.
3,5 % der Patienten wurde empfohlen, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, wobei es sich vor allem um Drogen-, Studentische oder Eheberatungsstellen handelte.
3,5 % der Fälle fallen unter "Sonstiges", d.h., es wurde entweder eine Weiterbehandlung in der erstversorgenden Klinik angeordnet, eine Verlegung ins heimatliche Krankenhaus, eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt oder anderes. 1 % der Fälle wurde an den Sozialdienst verwiesen.
Eine stetige Zunahme der stationären Einweisungen über die Jahre hinweg kann beobachtet werden, ebenso wie auch eine stetige Abnahme der ambulant in die Nervenklinik einbestellten und der nach Hause entlassenen Patienten.

Tab. 19 Vorschläge des Konsiliars und Compliance (Fallzahlen)

	1979		1980		1981		1982		zusammen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
stat. Aufnahme UNK	12	10,8	23	21,1	41	28,1	40	32,5	116	23,7
- davon erschienen	9		21		35		38		103	
zusätzl. aufgenommen, ohne Aufn.indikation durch Konsiliar	1		2		3		1		7	
ambulant UNK	44	39,6	43	39,4	50	34,2	36	29,3	173	35,4
- davon erschienen	12		19		19		10		60	
niedergel.Nervenarzt	9	8,1	5	4,6	10	6,8	9	7,3	33	6,7
- früher bei dems. gew.	5		1		1		5		12	
Beratungsstelle	-	-	2	1,8	7	4,8	8	6,5	17	3,5
Sozialdienst	-	-	1	0,9	2	1,4	2	1,6	5	1,0
andere Nervenklinik	2	1,8	1	0,9	2	1,4	8	6,5	13	2,7
Entl. nach Hause	41	37,0	22	20,2	20	13,7	16	13,0	99	20,2
Sonstiges (Beh. im Hause, Strafvollzug, heimatl. Krankenh., Hausarzt etc.)	-	-	7	6,5	6	4,1	4	3,2	17	3,5
ohne Angaben	2	1,8	5	4,6	8	5,5	-	-	16	3,3
zusammen	111	100,0	109	100,0	146	100,0	123	100,0	489	100,0

3.5.2 Stationäre Aufenthalte

Zur Auswertung der stationären Aufenthalte vergleiche Tabelle 20. Von den 116 Patienten, die zur stationären psychiatrischen Behandlung in der UNK einbestellt worden waren, erschienen 103, was einer Compliance von 89 % entspricht. Weitere 7 stationäre Aufnahmen kamen dadurch zustande, daß 5 Patienten, die sich in der Ambulanz der Nervenklinik vorgestellt hatten, stationär aufgenommen wurden, 1 Patient statt in ein anderes Nervenkrankenhaus in die UNK Tübingen verlegt wurde und 1 Patient 5 Wochen nach Entlassung wegen weiterbestehender Probleme in die Klinik zur Aufnahme kam. Mit denen, die in eine auswärtige Nervenklinik eingewiesen wurden, sind somit 123 Patienten, das sind 25,2 %, nach ihrem Suizidversuch stationär psychiatrisch behandelt worden (siehe Tab. 19).

Von den 110 Patienten, die zur weiteren Versorgung stationär in die UNK Tübingen zur Aufnahme kamen, blieben 40 (36%) 1 - 14 Tage, 57 (52 %) 14 Tage bis 3 Monate und 13 (12 %) länger als 3 Monate. Bei den letzteren handelte es sich hauptsächlich um Psychosen, schwere Neurosen, Suchterkrankungen und Borderline-Störungen, während bei den kurzfristigen Aufenthalten die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle "Konfliktreaktion" "Persönlichkeitsstörung" oder "depressive Neurose" lautete.

Eine Gegenüberstellung der Diagnosen der stationär aufgenommenen Patienten mit denen, die nicht stationär waren, ergab einen signifikanten Verteilungsunterschied (siehe Tabelle 21). Besonders deutlich ist dies ersichtlich bei den Diagnosen "Konfliktreaktion", "Neurose" und "Psychose": Die Zahl der Konfliktreaktionen war bei den stationär aufgenommenen Patienten nur etwa 1/3 so groß wie bei den nicht aufgenommenen. Neurosen dagegen waren dreimal so häufig und Psychosen mehr als viermal so häufig wie bei nicht stationär behandelten Personen.

In 11 Fällen hatte sich der Konsiliar auf keine Diagnose festgelegt, sie wurde erst im Verlauf des stationären Aufenthalts ersichtlich.
Bei 11 Patienten wurde die Konsildiagnose "Konfliktreaktion" im Laufe der Behandlung modifiziert zu "neurotische Entwicklung", "Persönlichkeitsstörung" und "organisches Psychosyndrom", 2 mal wurde die Konsildiagnose "Neurose" bei der Entlassung nur noch mit "Konfliktreaktion" angegeben, und 4 mal wurde die Verdachtsdiagnose "Psychose" während des stationären Aufenthalts zu "Persönlichkeitsstörung" und "Neurose" umgeändert.
Bei einem Patienten stellte sich heraus, daß es sich bei einem Sturz vom Balkon nicht um einen Suizidversuch, sondern um einen Unfall gehandelt hatte.
Ansonsten sind uns keine größeren diagnostischen Fehleinschätzungen aufgefallen, meistens wurde die Anfangsdiagnose durch den stationären Aufenthalt bestätigt oder näher bestimmt.

Die Zahl der Patienten, die früher schon einmal einen Suizidversuch unternommen hatten, betrug 44, das sind 40 % aller stationär aufgenommenen Patienten. Die Hälfte von ihnen ist als chronisch suizidal anzusehen, da sie 3 und mehr Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte hatten.
34,5 % der Patienten waren früher schon in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen.
13 von 110 Patienten, die zur erweiterten Krisenintervention aufgenommen worden waren (11,8 %), beendeten die Behandlung vorzeitig, indem sie oder die Angehörigen auf Entlassung drängten oder indem sie gegen ärztlichen Rat die Station verließen. 2 dieser Patienten waren schon am ersten Tag nicht mehr zur stationären Aufnahme bereit, 2 blieben 2 Tage, die restlichen 3 bis 9 Tage und brachen dann die Behandlung ab.

Tab. 20 Auswertung der stationären Aufenthalte

	1979		1980		1981		1982		zus.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aufenthaltsdauer										
<14 T.	3	30,0	8	34,8	16	42,1	13	33,3	40	36,4
14 T. - 3 Mon.	5	50,0	11	47,8	21	55,3	20	51,3	57	51,8
> 3 Mon.	2	20,0	4	17,4	1	2,6	6	15,4	13	11,8
	10	100,0	23	100,0	38	100,0	39	100,0	110	100,0
Diagnosen										
Konfl.reakt.	1	10,0	3	13,1	9	23,7	10	25,6	23	21,0
psychog.depr.	-	-	-	-	4	10,5	1	2,6	5	4,5
Neurose	3	30,0	7	30,4	13	34,2	10	25,6	33	30,0
Pers.stör.	1	10,0	3	13,1	3	7,9	4	10,3	11	10,0
Sucht	1	10,0	2	8,7	5	13,2	4	10,3	12	10,9
Psychose	4	40,0	7	30,4	4	10,5	10	25,6	25	22,7
organ.bed.	-	-	1	4,3	-	-	-	-	1	0,9
	10	100,0	23	100,0	38	100,0	39	100,0	110	100,0
SVe in der Vorgeschichte	5	50,0	10	43,5	15	39,5	14	35,9	44	40,0
- chron.suiz.	2		5		7		8		22	
frühere stat. Behandlung	5	50,0	12	52,2	10	26,3	11	28,2	38	34,5
Aufenthalt abgebrochen	-	-	2	8,7	7	18,4	4	10,3	13	11,8

Tab. 21 Vergleich der Diagnosen stationär behandelter und nicht stationär behandelter Patienten

Diagnosen	stationär		nicht stationär	
	n	%	n	%
Konfliktreaktion	23	21,0	200	56,3
psychogen depr.	5	4,5	13	3,7
Neurose	33	30,0	35	9,9
Persönlichkeits-störung	11	10,0	29	8,2
Sucht	12	10,9	56	15,8
Psychose	25	22,7	16	4,5
org.bedingt	1	0,9	6	1,6
	110	100,0	355	100,0

Der Unterschied in der Verteilung der Diagnosen zwischen den beiden Gruppen ist mit $X^2 = 79,09$ bei $df = 6$ hoch signifikant ($p < 0,001$).

3.5.3 Ambulante Nachbetreuung

Von den 173 Patienten, denen ein ambulantes Gespräch in der UNK Tübingen angeboten worden war, erschienen 60. Dies entspricht einer Compliance von 35 %. Damit sind 12,3 % aller Fälle ambulant in der Nervenklinik betreut worden. Von der Ambulanz aus wurden 5 Patienten (8,4 %) später doch noch (ohne Aufnahmeindikation durch den Konsiliar) stationär aufgenommen; 43 (71,6 %) hatten 1 oder 2 Therapiesitzungen, und 12 (20 %) nahmen eine Nachsorge von mehr als 2 Terminen in der Poliklinik in Anspruch (siehe Tab. 22).

Tab. 22 Dauer der ambulanten Nachbetreuung durch die UNK

	1979	1980	1981	1982	zusammen	
	n	n	n	n	n	%
nach amb. Termin stat. aufgenommen	1	2	2	-	5	8,4
1 oder 2 Termine	10	11	13	9	43	71,6
mehr als 2 Termine	1	6	4	1	12	20,0
zusammen	12	19	19	10	60	100,0

3.6 Vollendete Suizide

3.6.1 Anzahl und Beschreibung der suizidierten Personen

Wie durch eine Anfrage bei der Landespolizeidirektion Tübingen bekannt wurde, waren im Juni 1984 - 1 1/2 bis 5 1/2 Jahre nach dem untersuchten Suizidversuch - mindestens 9 der 473 Patienten durch Suizid verstorben, das entspricht 2 %.
Die Daten zur Person und die psychiatrischen Charakteristika sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen. Die Suizide ereigneten sich 2 Monate bis 2 1/2 Jahre nach dem von uns erfaßten Bezugs-Suizidversuch, sie wurden vor allem mit sogenannten "harten" Methoden durchgeführt.

Tab. 23 Soziale und psychiatrische Charakteristika der Personen mit vollendetem Suizid

Soziale Charakteristika											
Geschlecht		Alter zur Zeit des SV			Familienstand						
männl.	weibl.	<32 J.	40 - 41 J.	> 55 J.	ledig	verh.	gesch.	verw.			
5	4	5	2	2	3	4	1	1			

Psychiatr. Charakteristika											
frühere SVe			psychiatrische Diagnose								
1	2	> 2	Konfl.reakt.	narz. Pers.-störung	Borderline-störung	neurot. Pers.entw.	organ. Psychose	Spät-depr.	frühere stat. psych. Beh.		
6	1	2	2	2	2	1	1	1	4		

Daten zum Suizid													
zeitl. Abstand zum Bezugs-SV			Methode des Bezugs-SV				Methode des Suizids						
≤ 2 Mon.	0,5 - 1 J.	1,5 - 2,5 J.	Stich	Sprung	Pulsader-schnitt	Tabl.	Erhängen	Ersticken	Abgase	Fenster-sprung	Über-fahren	Tabl.	unbekannt
3	2	4	2	1	2	4	2	1	1	1	1	2	1

3.6.2 Darstellung der einzelnen Fälle

Im folgenden sollen die Fälle der suizidierten Personen in der Reihenfolge des Abstands zum Bezugs-Suizidversuch näher dargestellt werden.

1. Eine Frau von 31 Jahren kam zur Entgiftung in die Medizinische Klinik, nachdem sie einen Selbstmordversuch mit Tabletten verübt hatte. 3 Jahre vorher war sie wegen einer Schwangerschaftspsychose mit Vollremission 5 Monate stationär in der UNK behandelt worden, später bei einem niedergelassenen Nervenarzt.
   Der Konsiliar, der sie in der Medizinischen Klinik untersuchte, vermutete eine schizoaffektive Psychose und wies sie zur stationären Therapie erneut in die UNK ein, wo sie 9 Tage blieb und dann vorzeitig in die ambulante Weiterbehandlung bei ihrem Nervenfacharzt entlassen wurde. 14 Tage später kam sie wiederum mit einer Tablettenintoxikation in die Medizinische Klinik. Der psychiatrische Konsiliar schätzte den Suizidversuch als eher demonstrativ ein bei bekannter narzißtischer Persönlichkeitsstruktur und empfahl ihr eine Wiedervorstellung bei ihrem behandelnden Nervenarzt.

   2 Wochen später - insgesamt 5 Wochen nach dem ersten Suizidversuch - beging die Patientin dennoch Selbstmord, indem sie sich von mehreren Pkw überfahren ließ.

2. Ein Patient, ein 30-jähriger Mann, der nach einem Messerstich in die Herzgegend in die Chirurgische Klinik eingeliefert worden war, wurde vom untersuchenden psychiatrischen Konsiliar wegen weiterbestehender Suizidalität in die Nervenklinik verlegt. Dort blieb er 3 Tage und wurde dann mit der Diagnose "Verdacht auf narzißtische Persönlichkeitsstörung" bei nicht mehr feststellbarer Suizidalität in die Chirurgie zurückübernommen.

Einen Monat später hatte er sich durch Erhängen und Einnahme von Schlaftabletten das Leben genommen.

3. Ein 40-jähriger Universitätsdozent stach sich zuhause ein Messer in den Bauch, nachdem er kurz zuvor seiner Ehefrau gegenüber in seinem Verhalten auffällig geworden war. Er wurde am nächsten Tag in der Chirurgischen Klinik operiert und sprang dort 4 Stunden nach der Operation durch das geschlossene Fenster, wobei er sich ein Schädelhirntrauma zuzog.
   Der psychiatrische Konsiliar äußerte den Verdacht einer symptomatischen Psychose, da Angehörige sich eine Suizidalität bei ihm nicht vorstellen konnten und er zur Zeit der Tat an einem fieberhaften Infekt litt. 4 Wochen postoperativ wurde er in die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik verlegt, wobei aus psychiatrischer Sicht keine Suizidalität mehr bestand.

   Dort erlag er - 2 Monate nach seinem Suizidversuch - seinen Verletzungen.

4. Ein 21-jähriger junger Mann, der schon mit 13 und 20 Jahren Suizidversuche unternommen hatte, wurde in die Berufsgenossenschaftliche Klinik eingeliefert, nachdem er sich die Pulsadern aufgeschnitten hatte. Er war homosexuell, fühlte sich einsam und verlassen. Der Konsiliar bestellte ihn in die Ambulanz der Nervenklinik ein; 8 Wochen später wurde er dort stationär aufgenommen.
   Die Diagnose des stationären Aufenthaltes lautete: "Borderline-Störung und sekundärer Alkoholmißbrauch". Da der Patient auf Entlassung drängte, wurde er nach 9 Wochen mit ungünstiger Prognose in ambulante Weiterbehandlung entlassen. In der Ambulanz erschien er dann zu 4 Therapiesitzungen, suizidierte sich aber 5 Wochen später - das sind 6 Monate nach dem letzten Suizidversuch - durch die Einnahme einer Oberdosis von Tabletten.

5. Eine Patientin von 55 Jahren befand sich seit 4 1/2 Monaten wegen eines depressiven Syndroms im Klimakterium in stationärer psychiatrischer Behandlung in der UNK Tübingen. Während dieser Zeit beging sie einen überraschenden Suizidversuch, indem sie aus dem 2. Stock der Nervenklinik sprang.
   Nachdem in der Chirurgischen Klinik ihre Verletzungen versorgt worden waren, blieb sie weitere 2 1/2 Monate in der Nervenklinik und wurde dann in die Familie der Schwester entlassen, mit der Vereinbarung weiterer ambulanter Betreuung durch die UNK.

   8 1/2 Monate später - genau 1 Jahr nach dem Bezugs-Suizidversuch - wurde sie erhängt aufgefunden.

6. Ein 26-jähriger Mann hatte sich mit dem Rasiermesser die Halsvene eröffnet, vermutlich wegen eines Trennungskonflikts. Der untersuchende Psychiater schätzte die Tat als eine Konfliktreaktion ein und hielt eine Entlassung nach Hause für vertretbar.

   1 1/2 Jahre später brachte sich der junge Mann durch eine über den Kopf gezogene Plastiktüte um, ohne daß Näheres über Motiv und Umstände bekannt wurde.

7. Eine Patientin von 39 Jahren, die schon eine Alkoholentzugsbehandlung hinter sich hatte, wurde mit einer Tablettenintoxikation in die Medizinische Klinik eingeliefert. Der Konsiliar stellte eine schwere neurotische Persönlichkeitsentwicklung mit Suchttendenz fest und befürwortete eine stationäre Aufnahme in die UNK Tübingen, wo die Patientin 16 Tage verblieb, ebenfalls mit der Diagnose "gestörte Persönlichkeitsentwicklung". 7 Monate später wurde sie erneut stationär aufgenommen und blieb 5 Wochen.

   Sie verstarb einige Zeit später durch Suizid, wobei der genaue Zeitpunkt und die näheren Umstände nicht bekannt sind.

8. Ein 59-jähriger Witwer, der unter dem Tod seiner Frau litt, beging einen Suizidversuch mit einer Oberdosis von Schlaftabletten. Der psychiatrische Konsiliar stellte die Diagnose "Konfliktreaktion" bei Verdacht auf funktionelle Oberbauchbeschwerden und entließ ihn unter der Verordnung von Medikamenten nach Hause.

   2 Jahre später hatte er sich mit Tabletten das Leben genommen.

9. Eine 28-jährige, chronisch suizidale Frau, die schon mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war - zuletzt mit der Diagnose "endogene Depression" - wurde 1 Woche nach der Entlassung aus der UNK nach ihrem 4. Suizidversuch mit Neuroleptika konsiliarisch in der medizinischen Klinik gesehen.
   Sie gab an, mit den Anfangsschwierigkeiten nach der Entlassung und bei der Arbeit nicht fertig geworden zu sein. Der Konsiliar diagnostizierte eine Borderline-Störung und bestellte sie in die Poliklinik der UNK ein, von wo aus sie erneut stationär aufgenommen wurde. Sie blieb 6 Monate in der Klinik und wurde dann zu einem neuen Arbeitsversuch gebessert entlassen. 9 Monate war sie danach in der Nachsorgeklinik Tübingen und weitere 5 Monate ambulant in der Nervenklinik in Behandlung.
   Ein halbes Jahr später hätte sie einen Termin zur Rehabilitation in Langensteinbach gehabt, sie suizidierte sich jedoch 4 Wochen vorher mit Autoabgasen, nachdem sie inzwischen noch einen weiteren Suizidversuch mit Tabletten unternommen hatte. Die Begründung für den Suizid: alles sei in Scherben gegangen, ihr Beruf und ihre Beziehung zu ihrem Freund.

4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

4.1 Gesamtzahl der Suizidversuche

Die Gesamtzahl der pro Jahr von Psychiatern der UNK Tübingen konsiliarisch gesehenen Suizidversuche (im Durchschnitt 123) ist im ganzen gesehen leicht ansteigend, wobei man aber wegen des kurzen beobachteten Zeitraums keine zuverlässigen Aussagen machen kann.
BÖCKER (1973), WELZ (1978), KENNEDY at al. (1974) und MÜLLER et al. (1978) geben an, daß die relative und absolute Häufigkeit von Suizidversuchen im Zunehmen begriffen ist, und zwar, wie KREITMAN (1980) und MÜLLER et al. (1978) feststellten, insbesondere bei jungen Frauen.
Betrachtet man aber die Aufnahmezahlen von PFLUG (1975), der in den Jahren 1970 bis 1974 in Tübingen eine ähnliche Untersuchung wie die unsrige durchführte (Ausgangskollektiv waren konsiliarisch untersuchte Patienten nach Suizidversuch, wahrscheinlich einschließlich Alkoholintoxikationen, im Durchschnitt 128 pro Jahr), so läßt sich entdecken, daß sich in Tübingen die Suizidversuchsrate innerhalb der letzten 10 Jahre kaum geändert hat.
Dies mag an den besonderen Verhältnissen des Einzugsgebiets mit einer relativ intakten Sozialstruktur liegen.

Die Zahl der in der Klinik behandelten und somit uns bekanntgewordenen Suizidversuche gibt jedoch bei weitem nicht die Anzahl der tatsächlich verübten Suizidversuche wieder; die Dunkelziffer von nicht behandelten oder durch niedergelassene Ärzte behandelten Selbstmordversuchen ist wahrscheinlich beträchtlich. WELZ hat sie 1979 für Mannheim mittels eines psychiatrischen Fallregisters unter Berücksichtigung aller möglichen Dunkelfelder auf 30 % errechnet (WELZ, 1979).

Das Verhältnis Suizidversuche zu vollendeten Suiziden wird mit der Größenordnung 5 : 1 bis 15 : 1 wiedergegeben (SAINSBURY, 1975), wobei die Genauigkeit dieser Zahlen von der jeweiligen Dokumentationsmethode abhängt.

4.2 Demographische Daten der Patienten mit Suizidversuch

4.2.1 Geschlecht

Die bei unseren Patienten beobachtete Geschlechtsverteilung von 35 % Männern und 65 % Frauen stimmt mit den Angaben in der Literatur überein: MÜLLER et al. (1978) hatten in ihrer Untersuchung von 150 Patienten mit Tabletten-Selbstmordversuch einen Anteil von 70 % weiblichen und 30 % männlichen Personen, wobei man allerdings berücksichtigen muß, daß es sich bei ihnen nur um Tablettenintoxikationen handelte.
Zu ähnlichen Ergebnissen kamen GRÖNEBERG et al. (1972) mit 60 % weiblichen und 40 % männlichen Patienten, BÜCKER (1973) mit 59 % weiblichen und 41 % männlichen und PFLUG (1975) mit 67 % weiblichen und 33 % männlichen Patienten.

Bei vollendeten Suiziden ist das Verhältnis umgekehrt. Nach der Todesursachenstatistik der Stadt München (nach MÜLLER et al., 1978) beträgt das Verhältnis Männer zu Frauen 4 : 3, und BÜCKER (1973) gibt es für Köln mit 5 : 3 wieder.
Das bedeutet, daß Männer häufiger Suizid begehen als Frauen und Frauen eher zum Selbstmordversuch tendieren als Männer. Männer setzen also eher mit letzter Konsequenz ihrem Leben ein Ende, während Frauen häufiger als Männer bei bedrängenden und ausweglos erscheinenden Situationen appellativ oder in dem Wunsch nach Ruhe einen SV unternehmen.

4.2.2 Alter

Ein deutlicher Gipfel ist mit 36,2 % in der Altersgruppe zwischen 21 und 30 Jahren zu beobachten, was durch andere vergleichbare Statistiken in der Suizidliteratur bestätigt wird (BÖCKER, 1973; GRONEBERG et al., 1972).
Nach KREITMAN (1980) liegt der Altersgipfel der Personen, die Suizidversuche unternehmen, zwischen 15 und 25 Jahren; DOTZAUER et al. (1965) geben ihn mit 26 bis 30 Jahren an.
Vergleicht man das Alter unserer Patienten mit Suizidversuch mit der Altersstruktur der Wohnbevölkerung des Landkreises Tübingen (siehe Abb. 1), so ist ersichtlich, daß besonders die unter 30-jährigen überproportional vertreten sind, die über 60-jährigen dagegen unterrepräsentiert. Daß der prozentuale Anteil der 20 bis 30-jährigen in unserer Untersuchung größer ist als der in vergleichbaren Arbeiten, hängt wohl damit zusammen, daß diese Altersgruppe im Kreis Tübingen durch die Universität besonders stark vertreten ist.
Ein Vergleich der Altersgruppen nach Geschlechtern getrennt ergibt, daß im Alter unter 20 Jahren die weiblichen Suizidversuche relativ häufiger sind als die männlichen, daß bei den Männern dagegen der relative Anteil der 21 bis 30-jährigen überwiegt. Das bedeutet, daß besonders unter den Jugendlichen es vor allem die Mädchen sind, die zu suizidalen Handlungen neigen.
Ansonsten verläuft die Altersverteilung im Geschlechtsvergleich weitgehend parallel. Der Gipfel liegt in der gleichen Altersklasse zwischen 20 und 30 Jahren, nach dem 40. Lebensjahr fallen bei beiden Geschlechtern die Suizidversuchs-Häufigkeiten ab.
Ein Verschwinden der Geschlechtsdifferenz im späteren Alter, wie KREITMAN (1980) sie feststellte, konnte nicht nachgewiesen werden.

MÜLLER et al. (1978) stellten die Altersverteilung der Patienten mit Suizidversuch der der vollendeten Suizide der Stadt München gegenüber und stellten fest, daß im Unterschied zu den Suizidversuchen der Gipfel bei den vollendeten Suiziden im Alter zwischen 30 und 50 Jahren liegt, die Altersklasse unter 30 Jahren nur gering vertreten ist und die höheren Altersklassen sehr viel stärker. Nach STENGEL (1964) liegt der Altersgipfel der Suizide sogar zwischen 55 und 60 Jahren, und SONNECK (1976/1982) gibt an, daß der Anteil der über 60-Jährigen am gelungenen Suizid 40 % beträgt.
Das heißt also, daß jüngere Menschen eher zu einem Suizidversuch neigen als ältere, während unter den Selbstmördern hauptsächlich ältere Personen zu finden sind.

Die Abnahme der Suizidversuche mit zunehmendem Alter könnte darauf zurückzuführen sein, daß in späteren Jahren eine berufliche und partnerschaftliche Stabilisierung eingetreten ist und damit die kritischen Lebenssituationen der Adoleszen wegfallen, die bei den unter 30-jährigen häufig zu Konflikten Anlaß geben.
Bei dem Ansteigen der Suizidziffer im höheren Alter dagegen spielt die gelungene bzw. nicht gelungene Adaptation an das Altern und damit die Einschränkung der bisherigen Lebensmöglichkeiten eine Rolle. Das entschlossenere Handeln bei älteren Menschen ist sicher auch von daher zu sehen, daß sie auf eine längere, den Suizid begründende Lebensgeschichte zurückblicken und die vor ihnen liegende Zukunft kürzer ist. Außerdem ist ihre Vereinsamung oft ausgeprägter als die jüngerer Menschen.

Diese Entschlossenheit der suizidalen Handlung spiegelt sich auch in der Wahl der Selbsttötungsmethode wider. Nach BÖCKER (1973) gebrauchen ältere Menschen überwiegend gefährliche Methoden mit hohem Sterberisiko, während bei jüngeren Menschen eher sogenannte "weiche" Methoden (Pulsaderschnitt, Vergiftungen) angewandt werden.
Diese Aussage kann auch durch unsere Untersuchung bestätigt werden (siehe Kap. 3.3.2.2).

4.2.3 Familienstand

Die meisten entsprechenden Untersuchungen in der Suizidliteratur kommen zu dem Ergebnis, daß verheiratete Männer und Frauen signifikant seltener suizidale Handlungen begehen als unverheiratete und daß bei geschiedenen Personen die Selbstmordrate besonders hoch ist (FARBEROW und SHNEIDMAN, 1961; PÖLDINGER, 1968; KREITMAN, 1980; BÖCKER, 1973). Schon DURKHEIM (1897) erkannte die "selbstmordverhütende Funktion" der Institution Ehe, die er auf eine stärkere Integration im Familienleben zurückführte.

Was die Ledigen anbetrifft, so scheinen die Verhältnisse unseres Patientenkollektivs diese Feststellung zu bestätigen, da 46,6 % der Patienten ledig sind - im Unterschied zu 38 % verheirateten - und damit die größte Gruppe der Patienten mit Suizidversuch darstellen.
Vergleicht man aber diese Ergebnisse mit den statistischen Angaben zum Familienstand der Wohnbevölkerung des Landkreises Tübingen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 1982), so zeigt sich, daß dort in etwa die gleichen Verhältnisse vorliegen. 51 % der Einwohner sind ledig und 41 % verheiratet, d.h. also, daß die Ledigen in unserer Untersuchung, gemessen an der Wohnbevölkerung des Landkreises, nicht überrepräsentiert sind (siehe Abb. 2). Alle nicht in ehelicher Gemeinschaft Lebenden zusammengezählt ergeben einen Anteil von 55,2 %, der ebenfalls im Vergleich zu der Wohnbevölkerung nicht herausragt.
Dies bedeutet, daß wir ein vermehrtes Risiko für suizidale Handlungen bei Unverheirateten nicht feststellen können.

Wie oben erwähnt, fanden viele Autoren auch einen erhöhten Anteil von Geschiedenen unter Personen mit Suizidversuch. Auch diese Aussage können wir mit unserer Untersuchung nicht bestätigen, wobei man berücksichtigen muß, daß bei unseren Patienten in 7 % der Fälle keine Angaben zum Familienstand zu erhalten waren, wodurch die ermittelten Zahlen relativ unscharf sind.

Die einzige Gruppe, die in unserem Kollektiv gegenüber der Wohnbevölkerung in erhöhtem Maß vertreten ist, ist die der Verwitweten. In der Literatur gibt es hierüber unterschiedliche Aussagen: sowohl eine Anzahl von Suizidversuchen bei Verwitweten, die im Normbereich liegt, als auch Suizidversuchs-Raten, die über den Erwartungswert hinausgehen. Es ist vorstellbar, daß verwitwete Menschen, die meist älteren Jahrgängen angehören und oft alleine leben, d.h. Einsamkeit und Isolation vermehrt ausgesetzt sind, ein erhöhtes Risiko für suizidale Handlungen aufweisen.

4.3 Daten zum Suizidversuch

4.3.1 Erstversorgendes Krankenhaus

Daß 91,8 % der Suizidversuche in die Intensivstation der Medizinischen Klinik eingeliefert wurden, entspricht der Tatsache, daß es sich bei rund 90 % der Fälle um Vergiftungen handelte. Nach GRONEBERG et al. (1972) und FEUERLEIN (1978) sind 1/3 der Patienten, die in einem großstädtischen Reanimationszentrum behandelt werden, Patienten nach Suizidversuch, und stellen somit ein nicht zu unterschätzendes medizinisches Problem dar.

4.3.2 Methode des Suizidversuchs

Der hohe Anteil von Tablettenintoxikationen - bei unseren Patienten sind es 85,5 % - wird in allen einschlägigen Publikationen bestätigt (KREITMAN, 1980; GRONEBERG et al., 1972; BÖCKER, 1973; DOTZAUER at al., 1965).

Eine Zunahme der Tablettenintoxikationen, wie WELLHÖFER (1980) sie feststellte, läßt sich bei uns innerhalb des beobachteten Zeitraums nicht nachweisen, ist aber im Vergleich mit Untersuchungen früherer Jahre wahrscheinlich. So waren es bei PFLUG (1975) 77 % und in der Untersuchung von BÖCKER (1973) 74 % aller Suizidversuche.

Was die Art der eingenommenen Tabletten betrifft, ist innerhalb des letzten Jahrzehnts ein Wandel festzustellen. In einer Untersuchung von GRONEBERG et al. (1972) überwogen Hypnotika und Sedativa, in einigem Abstand gefolgt von Tranquilizern und Analgetika. In noch früheren Jahren waren es vor allem Barbiturate und Kohlenmonoxid, die zu suizidalen Handlungen verwendet wurden (FEUDELL, 1952).
Inzwischen sind die Tranquilizer an die erste Stelle der Tabletteneinnahme getreten, und erst danach kommen Hypno-

tika, Analgetika und Neuroleptika. Dieser Wandel ist wohl durch ein bezüglich der Art der Medikamente verändertes Verschreibungsverhalten der niedergelassenen Ärzte bedingt, denn wie KREITMAN (1980) feststellte, werden 70 % der Medikamente auf ärztliches Rezept für den Patienten oder andere erworben, 15 bis 20 % sind nicht verschreibungspflichtig, und etwa 10 % sind illegal erlangt.

Harte Methoden, wie Strangulation, Schußverletzung, Sprung aus großer Höhe, Verbrennungen, etc. machen in unserem Untersuchungskollektiv nur 4,7 % aller Fälle aus. Dieser niedrige Anteil wird heute allgemein bei Suizidversuchen beobachtet; vor dem Aufkommen der Schlafmittel jedoch waren harte Methoden weitaus häufiger (LINDEN, 1969).

In einer Gegenüberstellung der Methoden von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden zeigt sich, daß bei Selbstmördern die sogenannten harten Methoden überwiegen und bei Suizidversuchen die sogenannten weichen. So fanden DOTZAUER et al. (1965) bei Selbstmördern 24 % weiche gegenüber 76 % harten Methoden und BÖCKER (1973) 40 % weiche gegenüber 60 % harten.

Daraus kann man schließen, daß Patienten, die einen Suizidversuch unternehmen, nicht wirklich entschlossen sind zu sterben, sondern eine Methode wählen, die immer noch die Chance des Gerettetwerdens in sich birgt. Ihre Verzweiflungstat ist eher als ein soziales Verhaltensmuster anzusehen, d.h. als ein Appell an die Umwelt, sich endlich ihrer anzunehmen, weil sie so nicht mehr weiterleben können (STENGEL, 1969). Wie STENGEL in einer Gegenüberstellung von Selbstmördern und Menschen mit Suizidversuch betont, ist der ungewisse Ausgang ein wesentliches Kennzeichen des Suizidversuchs, im Gegensatz zum vollendeten Suizid, bei dem der Betroffene den Ausgang nicht offen läßt, sondern die Handlung in letzter Konsequenz durchführt.

In diesem Zusammenhang interessiert die Wahl der Methode in den verschiedenen Altersstufen, da die Methode Auf-

schlüsse über die Ernsthaftigkeit der Selbsttötungsabsicht gibt und vollendete Suizide hauptsächlich in höherem Alter zu finden sind, d.h., man von daher vermehrt harte Methoden im Alter erwarten kann.

BÖCKER (1973) stellte fest, daß der Prozentsatz "gefährlicher und sehr gefährlicher Methoden", d.h. der Methoden mit einem hohen Sterberisiko, mit steigendem Lebensalter wächst und die weniger gefährlichen Methoden an Bedeutung verlieren.

Tatsächlich ist es auch in unserer Untersuchung der Wahl der Suizidmethode nach Lebensalter so, daß bei jungen Leuten unter 30 Jahren harte Methoden kaum zu finden sind Tab. 8); bei ihnen ist der Anteil der Tablettenintoxikationen am größten. In der Altersgruppe zwischen 31 und 40 Jahren nimmt die Anwendung harter Methoden zu und erreicht wie erwartet einen Höhepunkt im Alter von 61 bis 70 Jahren.

Diese Ergebnisse bestätigen die Annahme, daß ältere Menschen sich ihres Entschlusses, sich das Leben zu nehmen, gewisser sind und deswegen zu einer Methode greifen, bei der die Chance des Gerettetwerdens von vornherein weitgehend gering ist.

4.3.3 Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch

Eine große Anzahl von Selbstmordversuchen geschieht unter der Einwirkung von Alkohol. In unserer Untersuchung sind es insgesamt 28 %, eine Größenordnung, die auch von LINDEN (1969), bei ihm sind es 32 %, angegeben wird.
Nach Geschlechtern getrennt besteht eine Alkoholbeteiligung bei 35 % der Männer und 21 % der Frauen, mit einer steigenden Tendenz bei Frauen im beobachteten Vierjahreszeitraum. BÖCKER (1973) berichtet ebenfalls von 35 % der Männer, wogegen er bei den Frauen nur zu 11 % den Einfluß von Alkohol beim Suizidversuch finden konnte. Dies deutet auf eine Steigerung der Alkoholeinnahme bei Frauen in den Jahren 1973 bis 1982 hin. Auch nach Untersuchungen von KREITMAN (1977), die er in Edingburgh durchführte, stieg der Anteil der zur Zeit des Suizidversuchs alkoholisierten Frauen von 25 % 1968 auf 45 % 1974 und ist somit für England höher als für die BRD.
Dieser Anstieg ist wohl Ausdruck einer allgemeinen Tendenz zu vermehrtem Alkoholkonsum bei Frauen innerhalb der letzten 10 Jahre.

In bezug auf vollendete Selbstmorde berichtet BONK (1973) in einer Untersuchung von 1001 Selbstmördern, daß 40,6 % der Männer und 24,1 % der Frauen zur Tatzeit unter starkem Alkoholeinfluß standen, also zu einem etwas höheren Prozentsatz, als dies bei Suizidversuchen der Fall war.
Der Grund des Alkoholkonsums in Verbindung mit dem Suizidversuch ist in den meisten Fällen, sich Mut anzutrinken, er bewirkt eine Enthemmung, ohne die es vielleicht zu der Tat nicht gekommen wäre.
Zuletzt ist noch zu erwähnen, daß Alkohol in seltenen Fällen auch als Suizidmittel verwendet wird, was sicher bei einigen der 28 Alkoholintoxikationen, die in dem Untersuchungszeitraum in die Medizinische Klinik eingeliefert wurden, der Fall war.

4.4 Psychiatrische Beurteilung

4.4.1 Diagnostische Einteilung

Wie schon in der Einleitung erwähnt wurde, kann man in jeder suizidalen Handlung den Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung sehen. Betrachtet man aber die diagnostischen Einteilungen verschiedenster Untersuchungen von Patienten mit Suizidversuchen, so läßt sich feststellen, daß ein Großteil der suizidalen Handlungen im Rahmen "abnormer Erlebnisreaktionen" geschah, ohne daß eine tiefergehende psychiatrische Störung vorgelegen hätte.

In unserem Patientenkollektiv sind es 47 % aller Fälle, die als Konfliktreaktion eingestuft wurden. In der Literatur finden wir diese Zahl bestätigt, aber es gibt auch abweichende Ergebnisse: in der entsprechenden Untersuchung von PFLUG (1975) sind es 50 %, FEUERLEIN (1978) berichtet von 53 % der Suizidpatienten am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, die diese Diagnose erhalten hatten, BÜCKER (1973) von 34 %, MÜLLER et al. (1978) von 28 % und KREITMAN (1977) nur von 20 %. Bei diesen Prozentzahlen ist zu berücksichtigen, daß eine vertiefte psychiatrische Exploration dazu führt, daß bei zuerst als Erlebnisreaktion eingeschätzten suizidalen Handlungen später doch eine tieferliegende Störung aufgedeckt wird und von daher diese Unterschiede erklärbar sind.

Der Anteil an neurotischen Entwicklungen und psychogenen Depressionen betrug bei unseren Patienten 18,2 %, bei MÜLLER et al. (1978) 37 % und bei GRONEBERG et al. (1972) 39 %.

Auch die diagnostische Einteilung "Persönlichkeitsstörung" ist in der Literatur in sehr unterschiedlichem Maß repräsentiert: während wir 8,5 % fanden, waren es bei GRONEBERG et al. (1972) 5 %, bei MÜLLER et al.(1978)12 %,

bei BÜCKER (1973) 26 %, und KREITMAN (1977) erfaßte sogar 52 % seiner untersuchten Patienten unter dieser Diagnose.
Die Unterschiede in der diagnostischen Beurteilung sind wahrscheinlich von daher zu erklären, daß die Einteilung in psychiatrische Diagnosen mehr der subjektiven Einschätzung des Untersuchers unterworfen ist und keine einheitlichen Diagnosekriterien angewendet werden. Manche Psychiater werten etwa Sucht als Persönlichkeitsstörung, andere wiederum sehen in neurotischem Verhalten eine Form der Psychopathie. Aus diesem Grund ist es schwierig, Untersuchungen verschiedenen Ursprungs miteinander zu vergleichen.

Eine psychotische Erkrankung konnte in unserem Untersuchungskollektiv bei 8,7 % der Patienten festgestellt werden, was weitgehend den Angaben in der Literatur entspricht: HENSELER (1974) gibt eine Zahl von 9 % an, FEUERLEIN (1978) von 11 %, und bei BÜCKER (1973) sind es 15 %. MÜLLER et al. (1978) fand bei 150 Patienten mit Tabletten-Selbstmordversuch nur 3 % endogene Psychosen, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, daß gerade Psychotiker häufiger zu "harten" Methoden greifen, die jedoch in seiner Untersuchung nicht erfaßt wurden.
Im Unterschied zu Patienten mit Suizidversuch ist der Anteil psychotischer Erkrankungen bei vollendeten Suiziden weitaus höher. SCHIERL (1973) kommt bei der Analyse von 477 Selbstmorden im Erlanger Raum zu einem Anteil an endogenen Psychosen von 32 %, und auch Untersuchungen von RINGEL (1961) und anderen bestätigen dies.
Während es bei den Selbstmördern hauptsächlich endogene Depressionen sind, die zum Suizid führen (bei RINGEL 1961: 31 % zu 2 % Schizophrenien), so sind es in unserer Untersuchung von Patienten mit Suizidversuch mit 5,5 % gegenüber 3,2 % Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und Mischpsychosen, die den Hauptanteil der psychotischen Erkrankungen ausmachen. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der sehr umfangreichen Untersuchung von BÜCKER (1973) - sie umfaßte mehr als 8.900 Krankenakten

von Personen mit Suizidversuch - ergibt, daß bei ihm die endogenen Depressionen die Zahl der Schizophrenien im Untersuchungsgut übersteigen. Bei uns ist das Verhältnis also gerade umgekehrt; aufgrund der geringen Fallzahl von Psychosen im Kollektiv sind unsere Ergebnisse aber wahrscheinlich nicht zuverlässig genug, um hieraus bestimmte Schlüsse ziehen oder die von BÖCKER relativieren zu können.

Organisch begründete psychische Störungen lagen nur zu einem geringen Anteil vor (1,4 %), was verständlich ist, wenn man bedenkt, daß hirnorganische Veränderungen hauptsächlich in späteren Lebensjahrzehnten auftreten und diese in unserem Patientenkollektiv nur in sehr geringem Maß vertreten sind.

4.4.1.1 Konfliktreaktionen

An dieser Stelle wollen wir etwas näher auf die auslösende Situation der Konfliktreaktionen eingehen (vergl. Tab 12).

Es handelte sich in der Hälfte der Fälle in erster Linie um Schwierigkeiten im Bereich von Ehe und Partnerschaft, was die These unterstützt, daß Suizidversuche hauptsächlich auf dem Boden von Beziehungsproblemen unternommen werden und sich in ihrer Intention an die Bezugspartner in der Umwelt richten (vergleiche STENGEL und COOK, 1958).
Im Gegensatz zu RUEGSEGGER (1963), RINGEL (1969) und KREITMAN (1977) konnten wir nicht feststellen, daß die männlichen Motive sich vorwiegend um die Konfliktbereiche Beruf, wirtschaftliche Not und anstehendes Strafverfahren konzentrieren, sondern bei unseren männlichen Patienten standen wie auch bei den weiblichen Partner- und Eheprobleme im Vordergrund.
Konflikte im Bereich von Ausbildung und Beruf einschließlich finanzieller Notlagen folgen dann bei den Männern, während bei den Frauen an zweiter Stelle familiäre Auseinandersetzungen, d.h. Konflikte mit Eltern, Kindern oder Schwiegereltern, stehen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Rangfolge der Belastungen sind auch von BÖCKER (1973), GRONEBERG et al. (1972) und anderen bestätigt worden.

Auffällig ist, daß Konfliktreaktionen aufgrund von eigener körperlicher Krankheit oder Behinderung insbesondere bei Männern vorkommen, und zwar mit 8,5 % gegenüber 1,2 %. Daraus kann man schließen, daß Männer weniger als Frauen in der Lage sind, körperliche Gebrechen zu akzeptieren und ihr Leben damit einzurichten.

Adoleszenzkrisen machen einen nicht geringen Anteil der Konfliktreaktionen aus, und zwar steigt ihre Anzahl jedes Jahr innerhalb unseres Untersuchungszeitraums (siehe Tab. 11), wobei der prozentuale Anteil beim weiblichen Geschlecht etwas höher ist. Ob dies einer rein zufälligen

Verteilung entspricht oder ob dem eine tatsächliche Zunahme von Suizidversuchen aufgrund von Entwicklungskrisen zugrunde liegt, läßt sich in dem kurzen Beobachtungszeitraum nicht mit Sicherheit sagen. Da aber auch andere Statistiken von einer Zunahme vor allem der Jugendlichen-Selbstmordversuche sprechen (WELZ, 1983; SCHMIDTKE, 1981), kann man von der Tendenz einer solchen auch in unserer Untersuchung ausgehen. Eine Zunahme von Adoleszenzkrisen, d.h. von Krisen der Obergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenwelt, ist in unserer Zeit durchaus verständlich, da es sich mit der Adoleszenz um eine Lebensphase handelt, die heute vermehrten Belastungen ausgesetzt ist. Das Fehlen von verbindlichen Wertmaßstäben und Identifikationsmustern und eine Zukunft ohne Perspektiven stellt die Selbstfindung der Jugendlichen in Frage und macht sie besonders anfällig für suizidales Verhalten.

Insgesamt betrachtet waren Konfliktreaktionen bei Frauen häufiger als bei Männern, und zwar im Verhältnis 1,5 : 1 (siehe Tab. 12). Andere Autoren beziffern dieses Verhältnis noch höher, so z.B. BÖCKER (1973) mit 2 : 1. Daraus läßt sich schließen, daß Frauen eher zu kurzschlußartigen Autoaggressionshandlungen neigen als Männer, wahrscheinlich weil sie leichter in ihrem Selbstwertgefühl verletzt werden und sich schneller in Frage stellen lassen, wie dies ja auch aus der gegenüber Männern erhöhten Gesamtzahl von Suizidversuchen hervorgeht.

4.4.2 Mißbrauch und Abhängigkeit

20,1 % unseres Patientenkollektivs sind Suchtkranke, und in 28 % der Fälle geschah der Suizidversuch unter der Einwirkung von Alkohol. In der Literatur schwanken die Angaben über den Anteil von Süchtigen bei Selbstmordversuchen: bei BÖCKER (1973) sind es 12,7 %, MÜLLER et al. (1978) berichten von 13 %, GRÖNEBERG et al.(1972) von 22 %, PÖLDINGER (1968) von 21 % und KREITMAN (1977) sogar von 50 %. Auch nach FEUERLEIN (1982) soll die Hälfte der Selbstmordversuche der 15 bis 65-jährigen im Zusammenhang mit Sucht stehen.
Aus den genannten Zahlen ist offensichtlich, daß Suchtkranke eine Personengruppe mit einem erhöhten Risiko für suizidales Verhalten darstellen. FEUERLEIN (1982) hat die Zusammenhänge zwischen Sucht und Suizid untersucht und herausgestellt, daß beidem dieselben Entstehungsmechanismen zugrunde liegen. So kann man Sucht als "protrahierten Selbstmord" bezeichnen (MENNINGER, 1938), dem die gleiche autoaggressive Tendenz und die gleiche Flucht aus der Realität beizumessen ist wie tatsächlichem suizidalen Verhalten. "Sucht und Suizid sind ... Problemlösungsstrategien, mit denen der Auseinandersetzung mit dem Realitätsprinzip aus dem Weg gegangen wird" (FEUERLEIN, 1982; Seite 45).
Auch hinsichtlich der Persönlichkeitsstruktur gibt es zahlreiche Gemeinsamkeiten zwischen Suchtkranken und Suizidenten: beide leiden unter Ich-Störungen mit einer narzißtischen Fehlentwicklung und überwiegend depressiver Persönlichkeitstruktur (FEUERLEIN, 1982). FEUERLEIN hat noch einen weiteren Zusammenhang zwischen Sucht und Suizidalität herausgearbeitet, nämlich daß die süchtige Lebensweise "durch ihre negativen Folgen auf körperlichem, psychischem und sozialem Gebiet prozeßhaft zum Suizid führt" (a.a.O., S.47).

Nach Angaben in der Literatur sind bei 50 % der Drogenabhängigen und 21 % der Alkoholiker Suizidversuche in der Anamnese zu finden (BATTEGAY, 1965), und schätzungsweise 6 bis 21 % der Alkoholiker enden durch Selbstmord, welcher die zweithäufigste Todesursache dieses Personenkreises nach der Leberzirrhose darstellt (FEUERLEIN, 1982).
Alkoholiker machen denn auch mit zwei Dritteln in unserer Untersuchung den größten Anteil der Suchtkranken aus, was auch von BÜCKER (1973), bei ihm sind es 59 %, und GRÜNEBERG et al. (1972), bei ihnen sind es 63 %, bestätigt wird.
Nach FEUERLEIN (1975) sind darunter vor allem Alpha-Alkoholiker, d.h. Problem-, Konflikt- und Erleichterungstrinker zu finden, die sonst klinisch kaum in Erscheinung treten. Ihnen gebührt erhöhte Aufmerksamkeit, denn eine zusätzliche Belastung kann sie schnell zu einer suizidalen Handlung treiben.

Der Rest der Suchterkrankungen unseres Patientenkollektivs verteilt sich auf Medikamentenabusus und Drogenkonsum, wobei wir 24,2 % Medikamentenabhängigkeit fanden, zum Teil zusammen mit Alkohol, während es bei GRÜNEBERG et al. (1972) 31 % sind und bei BÜCKER (1973) 41 %. Der Konsum von harten Drogen war nur bei 9,5 % unserer Suchtpatienten zu beobachten, meistens waren dies Mehrfachabhängige.

Eine Zunahme der Suchtpatienten konnte im beobachteten Vierjahres-Zeitraum nicht festgestellt werden, auch nicht die Zunahme einer bestimmten Art von Abhängigkeit.
Anders verhält es sich mit der Beteiligung von Alkohol beim Suizidversuch im weitesten Sinn, die vor allem bei Frauen im Zunehmen begriffen ist; darauf ist jedoch in Kapitel 4.3.2 bereits eingegangen worden.

4.4.3 Wiederholung suizidaler Verhaltensweisen

4.4.3.1 Gesamtzahl

Es fand sich, daß von unseren Patienten 24,1 % insgesamt 2 und mehr Suizidversuche unternommen hatten, wobei diese Zahl nur eine annähernde ist, da wahrscheinlich nicht in allen Fällen frühere Suizidversuche zu erfahren waren. Die Angaben in der Literatur bezüglich wiederholter Suizidversuche sind unterschiedlich, stimmen jedoch im wesentlichen mit unseren Ergebnissen überein: LINDEN (1969) fand bei einer Untersuchung von 203 Patienten eine Wiederholungsrate von 22 %, GRÖNEBERG et al. (1972; n = 529) von 26 %, MÜLLER et al. (1978; n = 150) von 37 % und BANCROFT und MARSACK (1977; n = 690) von 45 %. BÜCKER (1973) erfaßte in seiner Auswertung von 8.934 Patienten nach Suizidversuch nur 12,7 % frühere suizidale Handlungen, eine Zahl, die sicher zu niedrig angesetzt ist, was möglicherweise damit zusammenhängt, daß er Akten verwendete, die zum Teil älter als 15 Jahre waren und damals bezüglich Suizidversuchen sicher nicht ganz vollständig.
Gegenüber MÜLLER et al. (1978), der von mehr als 3 mal so vielen Patienten mit nur einem Suizidversuch in der Vorgeschichte berichtet wie von solchen mit mehreren, ist bei uns das Verhältnis umgekehrt: etwas mehr als die Hälfte der Wiederholer hatte schon mehr als 2 Suizidversuche begangen. Nimmt man eine chronische Suizidalität bei 3 und mehr Suizidversuchen an, dann ist in unserer Untersuchung der Anteil der chronisch Suizidalen an den wiederholten Suizidversuchen relativ hoch, nämlich 44 %.
BANCROFT und MARSACK (1977) veröffentlichten in einer 2-Jahres-Katamnese von 690 Patienten nach Suizidversuch, daß 32 % der Wiederholer innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten sogar 2 und mehr Suizidversuche unternommen hatten, die Einnahme einer Oberdosis von Tabletten also für sie eine fast gewohnheitsmäßige Methode darstellte, mit Schwierigkeiten umzugehen.

Die gleichen Autoren fanden, daß bei einer Wiederholungsrate von 18 % innerhalb des Katamnese-Zeitraums von 2 Jahren 16 % im ersten Jahr stattfanden, davon der größte Teil im ersten halben Jahr nach dem Suizidversuch. Auch KREITMAN (1977) gibt eine Wiederholungsrate von 17 % innerhalb des ersten Jahres nach Schlüsselaufnahme an, und die Ergebnisse von BOUGLASS und HORTON (1974) weisen in die gleiche Richtung.
Diese Zahlen zeigen, daß die Gefahr weiterer Suizidversuche im ersten Jahr, genauer noch im ersten halben Jahr, nach einem Suizidversuch am größten ist.

Was vollendete Selbstmorde betrifft, so sind auch dort in etwa 30 bis 50 % der Fälle Suizidversuche in der Vorgeschichte bekanntgeworden (PIPER, 1977; BÖCKER, 1973).

4.4.3.2 Vergleichende Untersuchung von Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch

Die Erfahrung der in der Suizidalenbetreuung Tätigen lehrt, und auch in der Literatur zum Thema wird dies berichtet, daß es sich bei Menschen, die immer wieder suizidale Handlungen begehen, um eine Personengruppe mit besonderen Charakteristika handelt. Um diese Behauptung zu überprüfen, stellten wir die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch den Patienten mit einmaligem Suizidversuch gegenüber und verglichen die Häufigkeitsverteilung verschiedener Merkmale miteinander. Es handelte sich um 350 Patienten mit einmaligem Suizidversuch, im folgenden als Gruppe E bezeichnet, und 123 Patienten mit wiederholtem Suizidversuch, im folgenden Gruppe W.

Bezüglich der soziodemographischen Daten fanden wir im Vergleich der beiden Gruppen eine signifikante Abweichung nur in der Altersverteilung: während die Gruppe der unter 21-jährigen bei den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch überrepräsentiert war - E: 88 (25,5%); W: 10 (8,1 %) -, fanden sich bei den Rezidivpatienten mehr Personen zwischen 21 und 40 Jahren - E: 175 (50,7 %); W: 86 (69,9 %). Familienstand und Geschlecht wiesen keine signifikanten Verteilungsunterschiede auf (siehe Tab. 15). KURZ et al. (1982) führten eine ähnliche Untersuchung wie die unsrige mit 169 Patienten mit erstmaligem Suizidversuch und 109 Rezidivpatienten durch und fanden ebenfalls eine signifikante Abweichung der soziodemographischen Daten nur in bezug auf die Altersverteilung: bei ihnen sind ebenfalls in der Gruppe W die 21 bis 40-jährigen überrepräsentiert, während in der Gruppe E die über 60-jährigen vermehrt vertreten sind.

Der nächste Untersuchungspunkt befaßte sich mit der Vorgeschichte der Patienten (Tab. 16). Dabei wurden das Vorliegen von Mißbrauch und Abhängigkeit und frühere und gegenwärtige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung betrachtet.

Ein statistisch signifikanter Verteilungsunterschied war bei allen der 3 genannten Merkmale festzustellen, und zwar mit $p < 0{,}001$: Mißbrauch und Abhängigkeit in der Vorgeschichte kamen überwiegend bei Patienten mit wiederholten Suizidversuchen vor - E: 57 (16,3 %); W: 38 (30,9 %); eine frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, sei es ambulant oder stationär, hatten weit mehr der Rezidivpatienten in der Vorgeschichte als Patienten mit erstmaligem Suizidversuch - E: 51 (14,6 %); W: 63 (51,2 %); auch zum Zeitpunkt der Untersuchung standen die Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Betreuung - E: 14 (4,0%); W: 17 (13,8 %).
Diese Ergebnisse werden in der vorerwähnten Arbeit von KURZ et al. bestätigt; ebenfalls sind die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung dort hoch signifikant.

Auch die diagnostische Zuordnung der Patienten (Tab. 17) zeigt statistisch signifikante Verteilungsunterschiede, und zwar vor allem bei den Neurosen und den reaktiven Störungen. Neurosen wurden häufiger bei Patienten mit mehrfachem Suizidversuch diagnostiziert - E: 35 (10,0 %); W: 33 (26,8 %) -, während die Diagnose einer reaktiven Störung signifikant häufiger bei den Patienten mit erstmaligem Suizidversuch gestellt wurde - E:195 (55,7 %); W: 28 (22,8 %). Verteilungsunterschiede ergaben sich auch bei den Diagnosen "Psychose" und "Persönlichkeitsstörung": beides wurde häufiger bei den Patienten mit wiederholtem Suizidversuch angenommen - E: 25 (7,1 %); W: 16 (13,0 %) und E: 24 (6,9 %); W: 16 (13,0 %).
An dieser Gegenüberstellung der Diagnosen wird deutlich, daß bei Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger schwerwiegende psychische Störungen vorliegen, während es bei Patienten mit einmaligem Suizidversuch hauptsächlich kurzfristige oder längerdauernde reaktive Störungen sind, die zum Suizidversuch führen. Diese Ergebnisse befinden sich in guter Obereinstimmung mit denen von KURZ et al., nur wird bei ihnen noch zusätzlich die Diagnose "Sucht"

mit 28,4 % zu 13,6 % besonders häufig bei den Wiederholern erwähnt.

Eine Untersuchung der Nachbetreuungsvorschläge (Tab. 18) ergibt, daß Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger in stationäre psychiatrische Behandlung verlegt wurden - E: 77 (23,0 %); W: 52 (37,7 %) -, während ein größerer Teil von Patienten mit erstmaligem Suizidversuch ohne Empfehlung einer weiteren Beratung oder Behandlung entlassen wurde - E: 81 (24,2 %); W: 18 (13,0 %). Diese Unterschiede sind mit $p < 0,01$ statistisch signifikant. Kein Unterschied ergab sich bezüglich der Empfehlung ambulanter Nachbetreuung, sei sie klinikintern oder -extern, jedoch war die Compliance zum Angebot ambulanter Behandlung mit 40 % bei den Wiederholern größer als bei den Patienten mit nur einem Suizidversuch (32 %). Auch diese Ergebnisse werden von KURZ et al. bestätigt.

Die statistische Prüfung der Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen wurde an 8 Hauptmerkmalen vorgenommen und ergab 6 signifikante Abweichungen auf dem 1%-Niveau und darunter. Die Abgrenzung der beiden Gruppen gegeneinander ist somit statistisch gesichert. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Patienten mit wiederholtem Suizidversuch häufiger in die Altersgruppe zwischen 21 und 40 Jahren fallen, daß bei ihnen häufiger Mißbrauch und Abhängigkeit in der Vorgeschichte zu finden sind als in der Vergleichsgruppe, daß sie früher öfter psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten und daß sie sich auch zur Zeit des aktuellen Suizidversuchs häufiger in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Therapie befanden. Bezüglich der psychiatrischen Morbidität besteht ebenfalls ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen: bei den Patienten mit wiederholtem Suizidversuch wurden häufiger Neurosen und Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, ebenfalls auch häufiger Psychosen und Sucht, während dies bei den Patienten mit nur einmaligem Suizidversuch vor allem reaktive

Störungen waren. Bezüglich der Art der Nachbetreuung wurde den Patienten mit mehrfachem Suizidversuch häufiger eine stationäre psychiatrische Behandlung empfohlen; sie nahmen auch das Angebot ambulanter Nachbehandlung eher in Anspruch als die Vergleichsgruppe, woraus man auf eine höhere Therapiemotivation schließen könnte. Wahrscheinlich weist dies aber eher auf eine größere Behandlungsbedürftigkeit hin, wofür auch die häufigere Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung in der Vorgeschichte und zum Zeitpunkt des aktuellen Suizidversuchs spricht. Diese Aussage bedürfte jedoch der weiteren Oberprüfung, z.B. durch die Feststellung der Therapiedauer beim einzelnen Patienten, da diese Rückschlüsse auf die Behandlungsmotivation zuläßt.

Da in katamnestischen Studien für die Gruppe der Personen mit wiederholten Suizidversuchen auch eine erhöhte Suizidwahrscheinlichkeit festgestellt wurde (TUCKMAN und JOUNGMAN, 1963; PAERREGAARD, 1974), bildet dieser Personenkreis somit in bezug auf die Suizidgefahr eine besondere Risikogruppe. Wie wir gezeigt haben, unterscheidet er sich von Patienten mit einmaligem Suizidversuch durch bestimmte Risikofaktoren, die zur Wiederholung suizidaler Handlungen prädisponieren.

4.5 Psychiatrische Therapie

4.5.1 Stationäre Aufnahmen

Mit der Einweisung von 25,2 % der konsiliarisch untersuchten Suizidpatienten in stationäre psychiatrische Behandlung (siehe Tab. 19) liegt die UNK Tübingen in ihrer Praxis der Suizidalennachbetreuung über dem, was im allgemeinen in der vergleichbaren Literatur zur stationären Einweisung berichtet ist: so geben z.B. GRÖNEBERG et al. (1972) an, daß von 529 Suizidpatienten, die an der Medizinischen Klinik des Klinikums Westend der Freien Universität Berlin behandelt worden waren, 21,7 % in eine Nervenklinik verlegt werden mußten; und MORGAN et al. (1976) fanden in einer Zweijahres-Katamnese von 279 Suizidpatienten des Bristol Royal Infirmary, daß 16 % der Patienten anschließend an ihren Suizidversuch stationär psychiatrisch weiterbehandelt wurden.
Nach FEUERLEIN (1978) mußten von 348 Suizidpatienten des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing nur 11 % vom Konsiliarius in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden (4 % davon zwangsweise). 85 % der Patienten konnten nach der medizinischen Akutversorgung innerhalb weniger Tage entlassen werden, zum Teil in ambulante Weiterbetreuung.

Die sich jährlich erhöhende stationäre Aufnahmerate in die UNK Tübingen läßt mehrere Schlüsse zu. Einmal ist es möglich, daß im Laufe der Jahre die Bereitschaft der Patienten, sich zur Krisenintervention in stationäre Behandlung zu begeben, zugenommen hat. Zum anderen kann die erhöhte Aufnahmerate auch auf eine veränderte Einweisungspraxis der Konsiliarärzte zurückzuführen sein. Für den letzten Fall wäre denkbar, daß Ärzte mit unterschiedlicher Erfahrung im Konsiliardienst eingesetzt waren, wobei die Unerfahreneren in Zweifelsfällen eher zu einer stationären Weiterbehandlung tendierten als erfahrenere Kollegen. Außerdem waren 1982, dem Jahr mit der höchsten Aufnahmerate, überdurchschnittlich viele Psychosen unter den dia-

gnostizierten Krankheitsbildern, was die Zahl der stationären Aufnahmen erhöht.
Oberhaupt zeigt eine Gegenüberstellung der Diagnosen der stationär behandelten und der nicht stationär behandelten Patienten, daß vor allem Psychotiker und Neurotiker stationär aufgenommen wurden, während bei Patienten mit Konfliktreaktionen eine stationäre psychiatrische Behandlung seltener notwendig erschien (vergleiche Tab. 21).
In der oben erwähnten Studie von FEUERLEIN finden sich diesbezüglich ähnliche Verhältnisse: eine Einweisung war besonders häufig bei Psychosen und Suchtkranken, während sie besonders selten bei Patienten mit abnormen Erlebnisreaktionen erfolgte.
Trotzdem erscheint uns die Zahl der zur Krisenintervention stationär in die UNK aufgenommenen Patienten mit abnormer Erlebnisreaktion relativ hoch zu sein, es waren im Durchschnitt immerhin fast so viele wie Psychotiker, wenn der stationäre Aufenthalt auch meist nur kurze Zeit dauerte. Aufgrund der uns vorliegenden Daten ist nicht sicher zu entscheiden, ob bei solchen Patienten eine höhere Bereitschaft zur stationären Aufnahme besteht, oder ob dies mit der Einweisungspraxis der Konsiliarärzte zusammenhängt.
Es wäre zu überlegen, ob für Patienten, bei denen kein psychiatrisches Krankheitsbild vorliegt, sondern die aus einem aktuellen Konflikt heraus einen Selbstmordversuch verüben, eine ambulante Nachbetreuung nicht sinnvoller ist als eine Einweisung zur stationären Krisenintervention.
Eine andere Möglichkeit wäre es, in Anlehnung an das Darmstädter Modell, in diesen Fällen mehr die Medizinische Klinik in die Versorgung mit einzubeziehen und dort die Möglichkeit für einen verlängerten stationären Aufenthalt zu schaffen, in dem Suizidale vom Personal der Klinik, unterstützt von einem psychiatrischen Liaisondienst, betreut würden. Dies setzte natürlich eine entsprechende Schulung und Mitarbeit des medizinischen Personals voraus, hätte aber den Vorteil, daß die Patienten, die noch ein paar Tage der Ruhe zur Einordnung des Suizidversuchs und einiger weiterer Gespräche zur Klärung ihrer Probleme

bedürften, nicht gleich in eine psychiatrische Klinik verlegt werden müßten.

Insgesamt fand bei 36,4 % der in die UNK eingewiesenen Patienten eine kurzfristige Krisenintervention statt, d.h, sie wurden vor Ablauf von 14 Tagen wieder entlassen (siehe Tab. 20). Die Diagnosen waren in dieser Gruppe größtenteils Konfliktreaktionen und Neurosen. Bei der Mehrzahl der aufgenommenen Patienten (51,8 %) war ein Aufenthalt von 14 Tagen bis 3 Monaten zur ausreichenden psychischen Stabilisierung erforderlich, und 11,8 % mußten länger als 3 Monate in stationärer psychiatrischer Behandlung verbleiben, wobei die Aufnahmeindikation in diesen Fällen meistens das Vorliegen einer Psychose oder schwereren Neurose war.

4.5.2 Ambulante Nachbetreuung

Eine Inanspruchnahmerate von 35 % für ambulant in die UNK einbestellte Patienten liegt etwa im Durchschnitt der in der Literatur für ähnliche Bedingungen angegebenen.
MÖLLER et al. (1978) beobachteten eine etwas niedrigere Compliance: bei einer Gesamtstichprobe von 150 Patienten nach Tabletten-Selbstmordversuch wurden 32 der "Arche", einer in München eingeführten Modelleinrichtung zur Betreuung Suizidgefährdeter, vorangemeldet. Nur 10 dieser Patienten, das sind 31 %, suchten die "Arche" auch auf. Hierbei muß man berücksichtigen, daß die erstversorgende und die nachbetreuende Instanz nicht die gleiche war, was mit einer höheren Verlustquote einhergeht. Günstiger ist es, wenn die ambulante Krisenintervention von der gleichen Institution durchgeführt wird wie auch die psychiatrische Erstexploration, wie dies in einer Untersuchung von HÄFNER (1978) der Fall war: von 326 Parasuizidenten, denen bei der psychiatrischen Erstexploration eine ambulante Krisenintervention in der gleichen Institution angeboten worden war, aus der auch der Konsiliararzt stammte, erschienen 145 - dies entspricht einer Inanspruchnahmequote von 44 %.
BLAKE und MITCHELL (1978) berichten, daß 57 % der Patienten, denen in Nottingham nach einem Suizidversuch im Rahmen eines Konsiliargesprächs ein Termin in der psychiatrischen Ambulanz zur Weiterbehandlung angeboten worden war, diese Möglichkeit auch in Anspruch nahmen.

Die insgesamt doch relativ niedrige Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung mag ihre Ursache darin haben, daß bei einem Großteil der Patienten, wenn überhaupt, nur eine schnell verfliegende Motivation zu einer Nachbetreuung besteht. Häufig hat sich durch den Suizidversuch selbst die Situation schon entspannt, d.h., der Appell an die Umwelt hat seine Wirkung nicht verfehlt und das Verhalten der Bezugspersonen hat sich geändert; oder die Selbstmordhandlung übte eine kathartische Funktion aus, d.h., der Patient hat nach dem Suizidversuch eine neue, positivere

Einstellung zum Leben und zu seiner Umgebung. In beiden Fällen hat sich durch die Abnahme des Leidensdruckes auch die Motivation verringert, bestehende Konfliktsituationen im Rahmen einer Nachbetreuung zu bearbeiten. Als weiteren Grund kann man annehmen, daß in manchen Fällen das Gespräch mit dem Konsiliararzt genügte, um dem Patienten Problemlösungsmöglichkeiten zu eröffnen und einen Neuanfang zu setzen.

Trotzdem hat sich gezeigt, daß es möglich ist, die Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung zu verbessern, z.B. durch einen geänderten Oberweisungsmodus von der erstversorgenden in die nachbetreuende Instanz.
Nach den Erfahrungen von MÖLLER und GEIGER (1981) läßt sich die Compliance durch feste telefonische Terminvereinbarungen deutlich erhöhen: bei einer früheren Untersuchung, bei der nur in 44 % der Fälle eine telefonische Terminvereinbarung stattgefunden hatte, betrug die Compliance 31 %, während in der nachfolgenden Untersuchung durch häufigere Terminvereinbarung mit der nachbetreuenden Instanz von 77 % die Inanspruchnahmerate auf 55 % angehoben werden konnte.
HANKOFF (1979) erreichte eine Steigerung der Inanspruchnahme von 34 % auf 45 % durch intensive Motivationsarbeit unter sonst ähnlichen Versorgungsbedingungen.
Eine andere Möglichkeit, die Betreuung außerhalb der Klinik sicherzustellen, ist die persönliche Kontaktaufnahme mit dem Patienten schon im Krankenhaus, etwa durch Mitglieder einer Laienhelfergruppe oder einer anderen ambulanten Versorgungseinrichtung.
Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung scheint überhaupt von großer Bedeutung zu sein. So berichten z.B. 2 Untersuchungen, bei denen die ambulanten Termine mit dem konsiliarisch tätigen Psychiater vereinbart worden waren, von Inanspruchnahmequoten von 45 % bzw. 70 % (PAYKEL et al., 1974; MORGAN et al., 1976). Für Tübinger Verhältnisse würde dies bedeuten, daß der Psychiater, der die Erstex-

ploration in der Intensivstation durchführt, auch für die Weiterbetreuung des Patienten in der Ambulanz der Nervenklinik verantwortlich ist und somit die Beziehung, die im Erstgespräch zu dem Patienten hergestellt wurde, ausgenutzt wird. Diese Praxis zusammen mit einer festen Terminvereinbarung könnte die Compliance von jetzt 35 % sicher noch um einiges erhöhen.

Ein weiteres Problem in bezug auf die ambulante Nachbetreuung ist das der Therapieabbrecher. TURNER und MORGAN (1979) berichten, daß von 42 Patienten, die das ambulante Therapieangebot angenommen hatten, 14 (33 %) die Behandlung nicht beendeten, und die Jahresstatistik der "Arche" in München zeigt, daß 43 % der Patienten nur 1 bis 2 Therapiesitzungen wahrnahmen und somit als Therapieabbrecher eingestuft wurden (MÜLLER et al., 1982). Nimmt man also an, daß für eine effektive Nachbetreuung mehr als 2 ambulante Therapiesitzungen notwendig sind, so würde in der Tübinger Nervenklinik die Aussteigerquote 71 % betragen, und nur 20 % der Patienten hätten die Therapie ordnungsgemäß beendet.
Wie aber vorher schon erwähnt, besteht häufig gar keine Indikation für eine längerfristige Psychotherapie; wenn keine schwereren psychiatrischen Störungen vorliegen, ist in vielen Fällen eine 1 bis 2-stündige Krisenintervention ausreichend, um den Suizidversuch aufzuarbeiten. Aus diesem Grunde kann man hier nicht grundsätzlich von einem Abbruch der ambulanten Nachbetreuung sprechen.

Zur Inanspruchnahme der ambulanten Behandlungsvorschläge außerhalb der Klinik, nämlich in der Stadt niedergelassener Nervenärzte und Betreuungseinrichtungen, läßt sich in unserer Untersuchung keine Aussage machen. Sie soll aber nach katamnestischen Studien ebenfalls unbefriedigend sein (nach MÜLLER et al., 1982).

In 20 % der Fälle wurde vom Konsiliardienst der UNK Tübingen keine weitere professionelle Nachbetreuung für erforderlich gehalten; meistens handelte es sich hierbei um Patienten, die den Suizidversuch aufgrund einer akuten

Konfliktsituation unternommen hatten und bei denen nach dem Suizidversuch keine weitere Gefährdung oder Notwendigkeit weiterer Begleitung mehr bestand.
GRÜNEBERG et al. (1972) geben diese Gruppe mit 28 % an, und FEUERLEIN (1978) berichtet sogar von 33 %, die ohne weitere Therapie nach Hause entlassen werden konnten.
Diese Zahlen zeigen, daß man in Tübingen mit der Entlassung der nach Suizidversuch stationär behandelten Patienten ohne weiteres Therapieangebot etwas zurückhaltender ist, wobei von 1979 bis 1982 die Zahl der ohne Nachbetreuungsvorschlag entlassenen Patienten kontinuierlich von 37 % auf 13 % zurückging, während gleichzeitig die stationäre Aufnahmerate anstieg (siehe Tab. 19). Mögliche Gründe hierfür sind in Kapitel 4.5.1 "Stationäre Aufnahmen" angedeutet.
Ingsgesamt gesehen, ist die Effektivität der Suizidalennachbetreuung nur schwer zu beurteilen. Es gibt eine ganze Reihe von Untersuchungen zu diesem Thema, die jedoch in bezug auf die Methode und die angewendeten Effizienzkriterien große Unterschiede aufweisen.
Die Änderung der Suizidrate in der Bevölkerung seit der Einrichtung einer bestimmten Institution zur Selbstmordverhütung z.B. ist ein sehr unzuverlässiger Maßstab zur Beurteilung der Effektivität suizidprophylaktischer Maßnahmen, da die Suizidrate vielfältigen und zum Teil schwer bestimmbaren Einflüssen unterliegt. Trotzdem haben FOX (1976) und RINGEL (1976 b) die Abnahme der Suizidrate in England bzw. Wien mit der Ausbreitung des Dienstes der "Samaritans" in Großbritannien bzw. der Gründung der "Lebensmüdenfürsorge" in Wien in Zusammenhang gebracht.
Auch die Häufigkeit von Suiziden in der nach Suizidversuch behandelten Patientengruppe innerhalb eines bestimmten Zeitraums ist bei der oft kleinen Patientenzahl ein zu grobes Erfolgsmaß, um die Effektivität der Nachbetreuung (Tertiärprophylaxe) beurteilen zu können. Besser zu verwenden sind "weichere" Erfolgskriterien, wie z.B. die Wiederholungsrate von Suizidversuchen oder Parameter der psychopathologischen und sozialen Besserung (KURZ u.MÜLLER, 1984).

Zu nicht sehr positiven Ergebnissen kamen RÜLZ und Mitarbeiter (RÜLZ et al., 1980). Sie führten eine Nachuntersuchung von 289 Patienten durch, die in der Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Darmstadt nach Suizidversuch behandelt worden waren. Seit 1974 gibt es in dieser Abteilung ein Hilfsangebot für suizidale Patienten, das über die herkömmliche somatische Therapie hinausgeht. Um die Effektivität dieses Hilfsangebots beurteilen zu können, wurden sämtliche Patienten, die innerhalb eines Jahres in der Medizinischen Klinik wegen eines Suizidversuchs behandelt worden waren, 14 bis 35 Monate nach der Entlassung nachuntersucht, wobei von 58 % Näheres über ihr weiteres Ergehen zu erfahren war. Von diesen waren es 26 %, die nach dem Suizidversuch ein intensiveres Hilfsangebot wahrgenommen hatten, während 74 % kaum oder keine Hilfe in Anspruch nahmen.

Die Studie kommt nun zu dem Ergebnis, daß in der Gruppe "mit Hilfe" die Befragungsaktion eine sehr viel größere fortbestehende Suizidalität zu Tage brachte als in der Gruppe "ohne Hilfe": 36 % hatten Suizidversuchsrezidive gehabt gegenüber 14,5 %, und 66 % hegten weiterhin Suizidgedanken gegenüber 39 %.

Zu diesen Ergebnissen ist zu bemerken, daß zum einen durch die niedrige Zahl von zurückgekommenen Fragebögen die Aussagekraft der Studie nicht sehr hoch ist und zum anderen in dieser Arbeit die Zuordnung zu den beiden Gruppen nicht randomisiert war, was zu einer Selektion der Patienten führt. Dies bedeutet, daß in der Gruppe "mit Hilfe", die am Ende des Katamnesezeitraums durch eine größere fortbestehende Suizidalität auffiel, sich wahrscheinlich vor allem Patienten mit größerer psychischer Morbidität befanden, die aufgrund einer größeren Hilfsbedürftigkeit die angebotene Betreuung in erhöhtem Maß in Anspruch nahmen oder auch das Interesse und die Hilfswilligkeit der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals in erhöhtem Maß weckten.

Aussagen zur Effektivität der Nachbetreuungsbemühungen der

Klinik lassen sich deshalb aus dieser Untersuchung nicht ableiten.

Andere Arbeiten bedienten sich zur Prüfung der Effizienz ambulanter Nachbetreuung einer kontrollierten klinisch-experimentellen Studie mit randomisierter Fallzuordnung, die eine größere Objektivität gewährleistet.
ETTLINGER (1975) z.B. stellte eine Experimentalgruppe von nach Suizidversuch stationär behandelten Patienten, bei denen auf die Einhaltung der ambulanten Wiedervorstellungstermine geachtet wurde und die gegebenenfalls auch zu Hause aufgesucht wurden, eine Kontrollgruppe von weniger intensiv nachbetreuten Patienten gegenüber. Er fand nach einem Katamnesezeitraum von 5 Jahren, daß die Häufigkeit von Suiziden und wiederholten Suizidversuchen in beiden Gruppen nicht überzufällig verschieden war.
Zu besseren Ergebnissen kamen WULLIEMER und Mitarbeiter (WULLIEMER et al., 1979): Das Angebot einer regelmäßigen Beratung bzw. Behandlung durch den Konsiliararzt erhielten alle nach Suizidversuchen stationär behandelten Patienten. In der Experimentalgruppe wurde vereinbart, zusätzlich 5 mal im Katamnesezeitraum mit den Patienten Kontakt aufzunehmen, falls sie die ambulante Behandlung nicht in Anspruch nehmen würden. Nach 2 Jahren war die Suizidrate in beiden Gruppen nicht überzufällig verschieden, jedoch war in der Experimentalgruppe die Häufigkeit wiederholter Suizidversuche geringer.
CHOWDHURY et al. (1973) konnten in ihrer Studie eine Besserung der nachbetreuten Patienten in bezug auf den psychopathologischen Befund und die soziale Adaptation feststellen. Bei der Experimentalgruppe handelte es sich um nach Suizidversuch behandelte Patienten, bei denen auf die Inanspruchnahme wöchentlicher ambulanter Nachbetreuungstermine mit einem Psychiater oder Sozialarbeiter geachtet und diese durch verstärkte Motivationsarbeit positiv beeinflußt wurde. Ein Unterschied in der Häufigkeit von Suizidversuch-Rezidiven konnte gegenüber der Kontroll-

gruppe allerdings nicht nachgewiesen werden.

Im ganzen läßt sich sagen, daß es möglich ist, durch eine intensive Nachbetreuung von Suizidenten auf deren weitere Entwicklung hinsichtlich der Wiederholungsgefahr von Suizidversuchen und auch in bezug auf eine psychopathologische und soziale Besserung Einfluß zu nehmen. Die vorher aufgeführten Studien haben gezeigt, daß dabei eine verstärkte Motivationsarbeit von seiten der Therapeuten und das gezielte Hinarbeiten auf eine höhere Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuung, etwa durch briefliche oder telefonische Kontaktaufnahme oder auch einen Besuch bei dem Patienten zu Hause, von großer Bedeutung sind. Auch die Sicherstellung der Kontinuität der therapeutischen Beziehung beim Obergang von der stationären Behandlung in die ambulante Nachbetreuuung scheint in bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten von Wichtigkeit zu sein.

Zur Prüfung der Wirksamkeit der an der UNK Tübingen durchgeführten Suizidalennachsorge steht uns leider nur ein einziges Effizienzkriterium zur Verfügung, nämlich die Anzahl der Suizide, die von den konsiliarisch gesehenen und gegebenenfalls psychiatrisch behandelten Patienten verübt wurden (siehe nächstes Kap.). Da dieses Erfolgsmaß, wie schon vorher erwähnt, aber sehr "hart" ist, läßt es bezüglich der Effektivität der Nachbetreuungsbemühungen der Klinik kaum Schlußfolgerungen zu.

4.6 Vollendete Suizide

Von den 473 Patienten, die vom psychiatrischen Konsiliardienst der UNK Tübingen nach einem Suizidversuch untersucht worden waren, waren im Juni 1984 - 1 1/2 bis 5 1/2 - Jahre nach dem Suizidversuch - 9 durch Suizid verstorben, dies entspricht einem Anteil von 2 % (vergl. Kap. 3.6.1).
Nach den Angaben in der Literatur zum Suizid von Patienten mit vorangegangenen Suizidversuchen kommt es nach einem Suizidversuch innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren bei 5 bis 10 % der Patienten zu einer Suizidhandlung mit tödlichem Ausgang. Die angegebenen Zahlen schwanken je nach der Länge des beobachteten Katamnesezeitraums: MÖLLER und Mitarbeiter geben in einer 3-Jahres-Katamnese von 150 Patienten nach Suizidversuch eine Suizidrate von 3 % an (MÖLLER et al., 1982) und RINGEL (1969), ebenfalls in einer 3-Jahres-Katamnese, von 6 %. PINO et al. (1979) fanden in einer 6-Jahres-Katamnese an 100 Patienten mit Suizidversuchen durch Tabletteneinnahme 5 % vollendete Suizide, während SONNECK (1976) in einer 10-Jahres-Katamnese von 581 Patienten 5 % ermittelte. ETTLINGER gibt die Suizidrate im 10-Jahres-Zeitraum mit 10 % an (ETTLINGER, 1975).
Die Schwierigkeit solcher katamnestischer Untersuchungen ist die, daß nach einem längeren Zeitraum von bis zu 10 Jahren nur sehr schwer von allen Patienten des Ausgangskollektivs Informationen zu erhalten sind und aus diesem Grund die angegebenen Zahlen wahrscheinlich zu niedrig sind.
Auch bei unserer Untersuchung ist es wahrscheinlich, daß die Ermittlung einer Suizidrate von 2 % der 473 Patienten mit Suizidversuchen in einem Zeitraum von 1 1/2 bis 5 1/2 Jahren nicht alle Suizide erfaßt, die im untersuchten Patientenkollektiv in dieser Zeit verübt wurden.

Erstens ist die Dunkelziffer in der Statistik der polizeilichen Ermittlungen bei unnatürlichen Todesursachen, die die Grundlage unserer Erhebung bildet, wahrscheinlich recht hoch, d.h., nicht alle Fälle von Suizid wurden der zuständigen Polizeibehörde gemeldet. Zweitens ist anzunehmen, daß ein Teil des ursprünglichen Patientenkollektivs aus dem Zuständigkeitsbereich der Polizeidirektionen Tübingen und Reutlingen verzogen ist oder sich außerhalb desselben suizidierte.
Aus diesem Grunde und da wir dem weiteren Ergehen der Patienten nicht einzeln nachgegangen sind, wie dies in anderen katamnestischen Untersuchungen der Fall war, erklärt sich der im Vergleich mit den Angaben in der Literatur relativ niedrige Anteil von Suiziden unter unseren Patienten mit Suizidversuch.

In bezug auf die sozialen und psychiatrischen Charakteristika der Patienten mit vollendetem Suizid (vergl. Tab. 23) kann man feststellen, daß, wie bekannt, das männliche Geschlecht bei vollendeten Selbstmorden überwiegt. Anders als in der Literatur dargestellt, waren jedoch bei uns die meisten der suizidierten Personen unter 42 Jahre, nämlich 7 von 9, was wohl mit der Oberrepräsentierung von jungen Leuten in unserem Patientenkollektiv zusammenhängt. Verheiratet waren 4 von 9, geschieden 1, bei den Verheirateten hätte man nach den entsprechenden Literaturangaben weniger, bei den Geschiedenen eigentlich mehr erwartet.
Bezüglich der Suizidmethode kann man feststellen, daß 5 der 9 Suizide - also im Unterschied zu den Suizidversuchen die Mehrzahl - mit sogenannten harten Methoden durchgeführt wurden. Dabei ist zu beobachten, daß die, die bei dem vorangegangenen Suizidversuch zu härteren Methoden gegriffen hatten, sich nun auch mit einer Methode hoher Sterbewahrscheinlichkeit suizidierten.
Die psychiatrische Diagnose lautete nur in 2 Fällen "Psychose", was dem hohen Anteil an psychotischen Erkrankungen bei vollendeten Suiziden, von dem in der

Literatur berichtet wird, nicht entspricht. Bei 5 weiteren Patienten lagen schwerere Persönlichkeitsstörungen vor, so daß dennoch die überwiegende Mehrzahl der suizidierten Personen (7 von 9) unter schwerwiegenden psychiatrischen Störungen litt.

Als chronisch suizidal konnte man nur 2 der 9 Patienten (22,9%) bezeichnen, da bei ihnen dem Suizid 3 und mehr Suizidversuche vorausgingen; ein Patient hatte vor dem Suizid 2 Suizidversuche unternommen.

Die größte Zahl der Suizide (55,5 %) entfiel auf das erste Jahr nach dem Bezugs-Suizidversuch, was von SONNECK (1976) in der erwähnten 10-Jahres-Katamnese von 581 Patienten in Wien bestätigt wird: von 29 Suiziden entfielen 48,2 % auf das 1. Jahr nach der Entlassung, 27,6 % fielen in das 2. bis 4. Jahr und 24,2 % in das 5. bis 10. Jahr.

In engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Suizidversuch ereigneten sich nur 2 der 9 Suizide, wobei man sich die Frage stellen muß, ob hier die Suizidalität richtig eingeschätzt wurde und ob die Nachbetreuung in diesen Fällen adäquat war.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Patienten nach Suizidversuch, die vom psychiatrischen Konsiliardienst der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (UNK) in den Jahren 1979 bis 1982 in einer der Tübinger Kliniken konsiliarisch untersucht worden sind. Insgesamt lagen uns die Konsiliarberichte von 489 Fällen vor, was - die innerhalb eines Untersuchungsjahres wiederholten Suizidversuche abgerechnet - 473 Patienten entspricht. Reine Alkoholintoxikationen wurden nicht mitberücksichtigt.

Die Zahl der wegen Suizidversuch aufgenommenen Patienten zeigt innerhalb des Untersuchungszeitraums leicht ansteigende Tendenz, während ein Vergleich mit den entsprechenden Daten einer an der gleichen Klinik früher durchgeführten Untersuchung keinen Anstieg ergab. Die Angaben in der Literatur bezüglich eines Ansteigens von Suizidversuchen können somit nicht bestätigt werden.

Fast 2/3 der Patienten waren weiblichen und etwas mehr als 1/3 männlichen Geschlechts, was weitgehend den Angaben in der Literatur entspricht. Im Vergleich mit dem Schrifttum zu vollendeten Suiziden steht ein gehäuftes Auftreten von Suizidversuchen bei Frauen einem vermehrten Vorkommen von Suiziden bei Männern gegenüber.
Die Altersverteilung unseres Patientenkollektivs zeigt bei beiden Geschlechtern einen Gipfel im Alter zwischen 21 und 30 Jahren und fällt nach dem 30. Lebensjahr kontinuierlich ab, was den Verhältnissen in der Wohnbevölkerung des Einzugsgebiets nicht entspricht. Diese Oberrepräsentierung der Altersklasse zwischen 20 und 30 Jahren wird auch von anderen Untersuchungen bestätigt. Gemäß den Angaben in der Literatur liegt der Altersgipfel für vollendete Suizide in höherem Alter.
Als möglichen Grund für das vermehrte Auftreten von Suizidversuchen in der Altersgruppe unter 30 Jahren werden Probleme im Rahmen einer noch nicht abgeschlossenen

partnerschaftlichen und beruflichen Orientierung angenommen.
47 % unseres Patientenkollektivs waren ledig und 38 % verheiratet, was den Verhältnissen in der Wohnbevölkerung entspricht. Die These, daß unverheiratete Personen vermehrt zu Suizidversuchen neigen und die Ehe vor Suizidversuchen schützt, wie sie in anderen Veröffentlichungen zu finden ist, können wir daher nicht unterstützen. Auch ein gemäß einiger Arbeiten in der Literatur vermehrtes Risiko für suizidale Handlungen bei Geschiedenen konnten wir nicht feststellen. Lediglich Verwitwete waren in unserem Patientenkollektiv überproportional häufig vertreten.

Die Aufnahme zur Akutversorgung erfolgte beim weitaus größten Teil der Patienten in die Medizinische Klinik (92 %), der Rest verteilte sich auf die Chirurgische Klinik, die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik und andere.
In 86 % der Fälle geschah der Suizidversuch durch Tabletteneinnahme, nur in 5 % wurden harte Methoden, wie Strangulation, Schußverletzung, Sprung aus großer Höhe etc. verwendet. Diese Angaben entsprechen denen in der Literatur zu diesem Thema.
Es war festzustellen, daß im Vergleich mit Untersuchungen früherer Jahre Tranquilizer an die Spitze der Tabletteneinnahmen getreten sind, vor Hypnotika, Analgetika und Neuroleptika.
Aus dem Literaturstudium war zu ersehen, daß bei vollendeten Suiziden harte Methoden mit hoher Sterbewahrscheinlichkeit überwiegen, während dies bei den Suizidversuchen weiche Methoden sind, was den Schluß zuläßt, daß bei Suizidversuchen nicht die eindeutige Intention zu sterben im Vordergrund steht, sondern daß es sich hierbei vielmehr um ein soziales Verhaltensmuster handelt.
Der Anteil weicher Suizidmethoden war bei den jüngeren Patienten höher als bei älteren, während harte Methoden hauptsächlich im Alter zwischen 60 und 70 Jahren zu finden waren. In 28 % der Fälle geschah der Suizidversuch unter

der Einwirkung von Alkohol, bei Männern häufiger als bei Frauen, mit einer steigenden Tendenz bei den Frauen im beobachteten 4-Jahres-Zeitraum. Dieser Anstieg von zur Zeit des Suizidversuchs alkoholisierten Frauen wird auch von anderen Untersuchungen bestätigt.

Die diagnostische Einteilung unseres Patientenkollektivs ergab ein Oberwiegen der Konfliktreaktionen mit 47 % und einen Anteil an psychogenen Depressionen von 4 %, was zeigt, daß etwa die Hälfte der untersuchten Patienten nicht als psychisch krank einzustufen war. Von den restlichen Diagnosen folgten der Häufigkeit nach Neurosen und Suchterkrankungen, beides in 14 % der Fälle.
Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen entspricht im groben den Angaben der Literatur, wobei die Ergebnisse der verschiedenen Autoren relativ breit gestreut sind. Als mögliche Gründe hierfür werden das Fehlen einheitlicher Diagnosekriterien und Unterschiede in der subjektiven Einschätzung der Untersucher angenommen.
Konfliktreaktionen waren im Verhältnis 1,5 : 1 bei Frauen häufiger als bei Männern, als Problemkreise standen bei beiden Geschlechtern Ehe- und Partnerkonflikte im Vordergrund. Adoleszenzkrisen zeigten ein Ansteigen innerhalb des Untersuchungszeitraums, was mit der besonderen Situation Jugendlicher in der heutigen Zeit in Zusammenhang gesehen wird.
Sucht und Mißbrauch lagen insgesamt bei 20 % der Patienten vor, wobei 2/3 einen Alkoholmißbrauch betrafen und 24 % eine Medikamentenabhängigkeit. Es wurden Parallelen zwischen süchtigem und suizidalem Verhalten aufgezeigt und gemeinsame Entstehungsmechanismen diskutiert.
Im Unterschied zu anderen Arbeiten fanden wir bei endogenen Psychosen (insgesamt 9 %) ein Oberwiegen des schizophrenen Formenkreises, was wegen der geringen Fallzahl von Psychosen im Kollektiv keine zuverlässige Interpretation zuläßt.
In bezug auf die Wiederholung suizidaler Handlungen konnten wir feststellen, daß 24 % unserer Patienten schon

früher Suizidversuche unternommen hatten, etwas mehr als die Hälfte davon 2 und mehr. Die Angaben in der Literatur liegen im Durchschnitt etwas höher als unsere Ergebnisse.
Eine vergleichende Untersuchung von Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch ergab signifikante Unterschiede: Wiederholer waren häufiger zwischen 21 und 40 Jahren; bei ihnen lagen häufiger Mißbrauch und Abhängigkeit vor; sie befanden sich öfter in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung; ihre Diagnose lautete häufiger "Neurose" oder "Persönlichkeitsstörung" und ihnen wurde häufiger als der Vergleichsgruppe vom Konsiliar eine stationäre psychiatrische Behandlung empfohlen.

25 % aller Patienten wurden vom Konsiliar zur stationären Behandlung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, ein im Verleich mit der Literatur relativ hoher Anteil. Eine kontinuierliche Zunahme der stationären Einweisungen im 4-Jahres-Zeitraum konnte beobachtet werden, was auf eine unterschiedliche Erfahrung der Konsiliarärzte und einen teilweise erhöhten Anteil vom Psychosen zurückgeführt wird.
In den meisten Fällen war bei den aufgenommenen Patienten eine Neurose oder Psychose diagnostiziert worden. Da sich jedoch auch relativ viele Konfliktreaktionen unter den eingewiesenen Patienten befanden (21 %), wurden Oberlegungen angestellt, wie man deren Einweisung in stationäre psychiatrische Behandlung umgehen könnte.
36 % der stationären Aufnahmen erfolgten für die Dauer von bis zu 14 Tagen, wobei in dieser Gruppe die Diagnose "Konfliktreaktion" überwog. Die Mehrzahl der Patienten (52 %) blieb 2 Wochen bis 3 Monate, und ein kleinerer Anteil von 12 % länger als 3 Monate, wobei es sich hier hauptsächlich um Psychosen und schwere Neurosen handelte.
Der Vorschlag ambulanter Nachbetreuung in der UNK wurde von 35 % der Suizidpatienten in Anspruch genommen. Es werden Gründe für die relativ niedrige Compliance überlegt und anhand der Literatur Möglichkeiten zur Verbesserung der Inanspruchnahme ambulanter Nachbetreuungsangebote

diskutiert, z.B. feste telefonische Terminvereinbarung, verstärkte Motivationsarbeit und die Sicherstellung der Kontinuität der therapeutischen Beziehung.
Bei 71 % der ambulant erschienenen Patienten erstreckte sich die Nachbetreuung über 1 bis 2 Termine, bei 20 % nahm sie 3 und mehr Termine in Anspruch.
Es wird versucht, anhand der Literatur Aussagen über die Effektivität suizidprophylaktischer Maßnahmen zu machen, insbesondere über die Nachbetreuung nach Suizidversuchen (Tertiärprophylaxe). Eine Besserung der Patienten hinsichtlich sozialer und psychopathologischer Parameter durch gezielte Nachbetreuungsmaßnahmen erscheint möglich, auch kann die Wiederholungsgefahr von Suizidversuchen offensichtlich verringert werden.

9 der 473 Patienten (2%) waren nach einem Zeitraum von 1 1/2 bis 5 1/2 Jahren durch Suizid verstorben, wobei mit der von uns verwendeten Erhebungsmethode wahrscheinlich nicht alle tatsächlich verübten Suizide erfaßt wurden. Untersuchungen anderer Autoren fanden im gleichen Katamnesezeitraum bis 6 % tödlich verlaufene Suizidhandlungen. Die Suizide wurden überwiegend mit harten Methoden durchgeführt, die Mehrzahl ereignete sich im 1 Jahr nach der Entlassung. Bei 7 der 9 Patienten lagen schwerere psychiatrische Störungen vor, davon 2 mal eine Psychose.

6 LITERATURVERZEICHNIS

AMERY, J. (1976): Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod.
Klett-Cotta, Stuttgart

ÅSBERG, M., TRÄSKMAN, L., THOREN, P. (1976):
5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid.
A biochemical suicide predictor?
Arch. Gen. Psychiatry 33, 1193 - 1197

BANCROFT., J., MARSACK, P. (1977): The Repetitiveness of Self-poisoning and Self-injury.
Brit. J. Psychiat. 131, 394 - 9

BATTEGAY, R. (1965): Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen.
Soz. Praeventivmed. 10, 440 - 454

BLAKE, P. R., MITCHELL, J. R. A. (1978): Self-poisoning; Management of patients in Nottingham 1976.
Br. med. J. i: 1032 - 1035

BÜCKER, F. (1973): Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln.
Thieme, Stuttgart

BÖHME, K. (1980): Zur praktischen Versorgung von Suizidenten.
Nervenarzt 51, 157 - 158

BONK, K. (1973): Selbstmord und Alkohol unter derer Brücksichtigung der alkoholischen Beeinflussung zur Tatzeit. Med. Diss., Universität Köln

BREMER, F.W. (1925): Zur Vererbung der Selbstmordneigung. Arch. Psychiat. Nervenkr. 73, 168-185

BOUGLASS, D., HORTON, J. (1974): The repetition of parasuicide: a comparison of three cohorts. Brit. J. Psychiat. 125, 168- 74

CHOWDHURY, N., HICKS, R., KREITMAN, N. (1973): Evaluation of an after-care service for parasuicide (attempted suicide) patients. Soc. Psychiat. 8, 67-81

DAHLGREN, K. G. (1945): On suicide and attempted suicide. A psychological and statistical Investigation. Lindtstadts, Lund

DAY, G. (1974): The Samaritan Movement in Great Britain Perspect. Biol. Med. 17, 507-512

DOTZAUER, G., GOEBELS, H., LEGEWIE, H. (1965): Selbstmord und Selbstmordversuch In: ZWINGMANN, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt.

DURKHEIM, E. (1897):Le Suicide. Etude de Sociologie. Alcano, Paris Dtsch. Obers. Luchterhand, Neuwied 1973

ETTLINGER, R. (1975): Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 260

FARBEROW, N.L., SCHNEIDMAN, E.S. (1961): The cry for help. Mc Graw-Hill, New York

FEUDELL, P. (1952): Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen Psychiat. Neurol. Med. Psychol. (Leipzig) 4, 147-158

FEUERLEIN, W. (1975): Sucht und Suicidhandlungen. Münch. med. Wschr. 117, 197 - 200

FEUERLEIN, W. (1978): Krisenintervention bei Selbstmordpatienten. Therapiewoche 28, 2892 - 2898

FEUERLEIN, W. (1982): Sucht und Suizid. In: Reimer, C. (Hrsg.): Suizid. Springer, Berlin/Heidelberg/New York

FOX, R. (1976): The recent decline of suicide in Britain: the role of the Samaritan suicide prevention movement. In: Schneidman, E.S. (Ed.): Suicidology. Grune & Stratton, New York/San Francisco/London

FREUD, S. (1917): Trauer und Melancholie. Fischer, Frankfurt 1975

GAUPP, R. (1905): Über den Selbstmord. Gmelin, München

GRONEBERG, F., HELMCHEN, H., HIPPIUS, H. (1972): Zur Phänomenologie von Suizidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in einem großstädtischen Reanimationszentrum. Therapiewoche 28, 2242 - 2250

GRUHLE, H. W. (1940): Selbstmord.
Thieme, Leipzig

HÄFNER, H. (1978): Psychiatrische Krisenintervention - Umsetzung in psychiatrischen Einrichtungen
Psycho. 4, 397 - 403

HALBWACHS, M. (1930): Les causes de suicide.
Felix Alcan, Paris

HANKOFF, L. D. (1979): Situational categories.
In: HANKOFF, L. D., Einsidler, B. (Ed.): Suicide-theory and clinical aspects. PSG Publishing Comp. Inc., Littleton, Mass

HENSELER, H. (1974):Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes.
Rowohlt, Reinbeck

HENSELER, H. (1978):Die Bedeutung von narzißtischen Kränkungen für die Entstehung von Suizidalität. Caritas 79, 117 - 120

JOHNSON, E. (1965): Durkheim's ohne cause of suicide.
Am. Sociol. Rev. 30, 875-886

KENNEDY, P., KREITMAN, N., OVENSTONE, I. M. K. (1974): The prevalence of suicide and parasuicide attempted suicide) in Edinburgh.
Brit. J. Psychiat. 124, 36 - 41

KOCKOTT, G., HEYSE, H., FEUERLEIN, W. (1970): Der Selbstmordversuch durch Intoxikation.
Fortschr. Neurol. Psychiat.38, 441-465

KREITMAN, N. (1977):Parasuicide
JOHN WILEY & SONS, London/New York-/Sydney/Toronto

KREITMAN,N. (1980):Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid.
Nervenarzt 51, 131 - 138

KURZ, A., MÜLLER, H.J. (1984): Zur Wirksamkeit suizidprophylaktischer Versorgungsprogramme.
In: FAUST, V., WOLFERSDORF, M. (Hrsg): Suizidgefahr. Hippokrates-Verlag, Stuttgart.

KURZ, A., TORHORST, A, WÄCHTLER, C., MÜLLER, H. J. (1982): Vergleichende Untersuchung von 295 Patienten mit erstmaligem und wiederholtem Suizidversuch.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 232, 427 - 438

LEMPP, R., THIERSCH, H. (1982): Gutachterliche Stellungnahme zur Tätigkeit des Arbeitskreis Leben e. V. Suizidprophylaxe 9, 49 - 116

LINDEN, K. J. (1969): Der Suizidversuch.
Enke, Stuttgart

MENNINGER; K. (1938): Man against himself.
Harcourt, New York

MÜLLER, H. J., GEIGER, V. (1981): Möglichkeiten zur "Compliance" - Verbesserung bei Parasuizidenten.
Crisis. Intern. J. of Suicide and Crisis Studies 2, 122 - 129

MÜLLER, H. J., TORHORST, A., WÄCHTLER, C. (1982): Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch - Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten. Psychiat. Prax. 9, 106 - 112

MÜLLER, H. J., WERNER, V., FEUERLEIN, W. (1978): Beschreibung von 150 Patienten mit Selbstmordversuch durch Tabletten - unter besonderer Berücksichtigung des Selbstmordverhaltens und der Inanspruchnahme von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete. Arch. Psychiat. Nervenkr. 226, 113 - 135

MORGAN, H. G., BARTON, J., POTTLE, S., POCOCK, H., BURNS-COX, C. J. (1976): Deliberate self-harm: A follow-up study of 279 patients. Brit. J. Psychiat. 128, 361 - 368

PAERREGAARD, G. (1974): Suicide frequency among persons who have attempted suicide. A 10 years follow-up. In: SPEYER, N., DIEKSTRA, R. F. W., LOO, K-J. M. van de (eds): Proc. 7 th Int. Congr. for suicide prevention. Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

PAYKEL, E. S., HALLOWELL, C., DRESSLER, D. M., SHAPIRO, D.L., WEISSMAN, M. M. (1974): Treatment of suicide attempters. A descriptive study. Arch. Gen. Psychiat. 31, 487 - 491

PFLUG, B. (1975): Der Suicidversuch als diagnostisches, therapeutisches und prognostisches Problem. Vortrag auf der Sommertagung der Baden-Württembergischen Psychiater am 22.8.1975 im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Zwiefalten.

PHILIP, A. E. (1970): Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides. Brit. J. Psychiat. 116, 475 - 482

PINO, R., KOCKOTT, G, FEUERLEIN (1979): Sechs-Jahres-Katamnese an hundert Patienten mit Suicidversuchen durch Tabletteneinnahme. Arch. Psychiat. Nervenkr. 227, 213 - 226

PIPER, W. (1977): Zur Epidemiologie des Suizids. Med. Diss., Universität Tübingen

PÖLDINGER, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität HUBER, Bern/Stuttgart

POHLMEYER, H. (1983): Selbstmord und Selbstmordverhütung 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore

RINGEL, E. (1952): Ein Beitrag zur Frage der ererbten Selbstmordneigung. Wiener Zeitschr. Nervenheilk. 5, 26 - 40

RINGEL, E. (1953): Der Selbstmord - Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Maudrich, Wien

RINGEL, E. (1961): Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem
Hollinek, Wien

RINGEL, E. (1969) (Hrsg.): Selbstmordverhütung
Huber, Bern/Stuttgart/Wien

RINGEL, E. (1976a) (Hrsg): Sucht und Suizid
Lambertus, Freiburg

RINGEL, E. (1976b):Suicide prevention in Vienna.
In: Resnik, H. L. P. (Ed.): Suicidology. Contemporary developments. New York/San Francisco/London: Grune & Stratton

RÖLZ, W., EITEL, A., WEDLER, H., (1980): Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus - meßbare Effekte? Suizidprophylaxe 7, 109 - 113

RÜEGSEGGER, P. (1963): Selbstmordversuche.
Psychiat. Neurolog. 146, 81 - 104

SAINSBURY, P. (1975): Suicide and attempted suicide.
In: Psychiatrie der Gegenwart, KISKER, K. P., MEYER, J. E., MÜLLER, C., STRÖMGREN, E. (Hrsg.), 2. Aufl., Bd. III, Springer, Berlin/Heidelberg/New York

SCHIERL , J. (1973): Suizide in ländlichen Gebieten, Klein- und Mittelstädten.
Med. Diss., Universität Erlangen

SCHMIDTKE, A., SCHALLER, S. (1981): Möglichkeiten und Grenzen textpsychologischer Diagnostik suizidalen Verhaltens.
In: WELZ, R., POHLMEIER, H. (Hrsg.): Selbstmordhandlungen.
Beltz, Weinheim/Basel

SCHNEIDER; P.B. (1954): La tentative de suicide.
Delachauz & Niestle
Neuchatel/Paris

SELIGMANN, M. E. P. (1975): Erlernte Hilflosigkeit.
Dtsch. Obers. Urban & Schwarzenberg,
München 1979.

SONNECK, G. (1976): Krisenintervention und Suizidverhütung.
Ars Medici 66, 419 - 424

Sonneck, G. (1982): Betreuungsmodelle für Suizidgefährdete.
In: Reimer, C. (Hrsg.): Suizid.
Springer, Berlin/Heidelberg/New York

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (1982):
Statistischer Bericht zur Wohnbevölkerung des Landkreises Tübingen.
Tab. B 14, Teil 1 vom 31.12.1982

STENGEL, E., COOK, N. G. (1958): Attempted Suicide.
Chapman & Hall, London

STENGEL, E. (1964): Suicide and attempted suicide.
Penguin, Harmondsworth. Dtsch.
Obers.: Selbstmord und Selbstmordversuch.
Fischer, Frankfurt 1969

STORK, J. (1969): Vorläufige Ergebnisse eines Fragebogens über das Suizidverhalten von Adoleszenten.
Materia Medica Nordmark 9, 523 - 528

STORK, J. (1972): Fragebogentests zur Beurteilung der Suizidgefahr.
O. Müller, Salzburg

SZONDI, L. (1948): Schicksalsanalyse.
Schwabe, Basel

TUCKMAN, J. YOUNGMAN, W. F. (1963): Identifying suicide risk groups among attempted suicides.
Public health Rep. 78, 763 - 766

TURNER, R. J., MORGAN, H. G. (1979): Patterns of health care in non-fatal deliberate self-harm.
Psychological Medicine 9, 487 - 492

WELLHÖFER, P.R. (1981): Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer, Stuttgart

WELZ, R. (1978): Gesellschaftliche Einflußgrößen auf die Selbstmordhandlung.
In: Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung? Pohlmeier, H. (Hrsg.), S 51 - 79
Keil, Bonn

WELZ, R. (1979): Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten.
Beltz, Weinheim/Basel

WELZ, R. (1983): Probleme der Verwendung von Kollektiv- und Individualdaten ... Selbstmordäquivalente.
In: POHLMEIER, H., WELZ, R. (Hrsg.): Selbstmord und Selbstmordversuch.
Almanach, Heidelberg

WULLIEMER, F., BOVET, J., MEYLAN, D. (1979): Le devenir des suicidants admis à l'hopital général.
Etude comparative de deux formes de prévention des récidives et des suicides.
Social- u. Präventivmed. 24, 73 - 88

VEITH, G. (1960): Bemerkenswerte anatomische Befunde bei Selbstmördern.
Nervenarzt 31, 550 f.

L E B E N S L A U F

Name:	Breyer, Ulrike
Geboren:	am 12.10.1955 als Tochter des Schreinermeisters August Breyer und seiner Ehefrau Lydia, geb. Dittewich, in Hahnheim, Kreis Mainz
Schule:	von 1962 - 1966 Volksschule in Hahnheim von 1966 - 1975 Staatliches Mädchengymnasium am Römerkastell Alzey, Abschluß mit Abitur
Studium:	WS 1975 - SS 1976 Studium Generale am Leibniz Kolleg Tübingen WS 1975 Studium der ev. Theologie an der Universität Tübingen ab SS 1976 Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen ab Oktober 1981 Praktisches Jahr in Stuttgart, mit Wahlfach Neurologie im Bürgerhospital und den Fächern Innere Medizin und Chirurgie im Diakonissenkrankenhaus am 25. 10. 1982 Abschluß des Studiums mit dem Medizinischen Staatsexamen in Tübingen